

Nº Amb 580/2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente: Daniele Marquels Gençalves
Data Nascimento: Setor NIR Data do Registro: 18
Nome completo do declarante: Daniell Margues Gençalos
Email: dannygonm @ hotmail. Com Fone: (51) 9844 7 -222
Endereço: At: Inconfidência nº 1357 Abto 304 Bl 02
() Denúncia () Solicitação (X Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros
Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc)
LO DÍA 2111/2014 Istire em Censulta no situro de cider de cidera de cidar de cid
Sugestão / Solicitação:
Assinatura: Assinatura:
Av. Farroupilha, 8001 – São José – Fone (51) 3478.8001