

Nº NT102/2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA PACIENTES INTERNADOS

Nome completo do Paciente: Braziliano Alreis Pereira
Data Nascimento: 10 00 1947 Leito: SR (Terre) Data do Registro: 15 1 02 1 18
Nome completo do declarante: Taixa Silva Perina
Email: Fone: () 993435722
Endereço: Rua Monal Jaillo mess
() Denúncia () Solicitação (∕) Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros
Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc)
Derde Daningo esperante de aprilipa de la para Caño de para Caño al pa
enta pretindo.
t.
Sugestão / Solicitação:

Av. Farroupilha, 8001 - São José - Fone (51) 3478.8001