



lesão na

SERVIÇO DE OUVIDORIA  
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº AMB 643 / 2018

Nome completo do Paciente: ELPIOLIO HÜBNER  
Data Nascimento: 04/10/62 Setor: TRAUMATO Data do Registro: 09/02/18  
Nome completo do declarante: ELPIOLIO HÜBNER  
Email: elpidionhübner02@gmail Fone: (51) 999123572  
Endereço: CECILIA PEREZ DA SILVA 42  
( ) Denúncia (X) Solicitação ( ) Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros \_\_\_\_\_

Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc)

Tem terceira vez foi cancelada a consulta  
sendo das outras vezes ligaram e avisaram  
do cancelamento e agendaram outra data  
dessa vez não avisaram e nem foi  
agendado nova data para tirar o gesso  
com médico TRAUMATOLOGISTA  
estou aguardando, também p/ fazer  
RX para ver a situação do braço.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: \_\_\_\_\_