

## SERVIÇO DE OUVIDORIA AMBULATÓRIO/ELETIVO

: hun = 0/I : Courd UEC DE COUZA
Nome completo do Paciente: ANDERLES GONCALVES DE SOUZA
Data Nascimento: 10-16-10 Setor Pneumo Data do Registro: 12 03:201
Nome completo do declarante: 0 MESMO
Email: Fone: ( ) 996.15.3924
Email: Fone: ( ) 996.75.3924  Endereço: RVA 25 de MARCO, Nº 25-Rio BRANCO.
( ) Denúncia ( ) Solicitação ( ) Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros
Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc)  LUI (ONSULTADO PELO PUE UMOLOGISTA CO SOLICATOU DEXAMES E ME DISSE QUE APO OS PXAMES FICAREM PROMOS SEREM OFENDADA PAREM BECAMO OVE TIVE OVE GATRA R MA FILA TRES VETES TIBANDO FICHBIUMA PLA OGRA O EXAME QUEDA PLA VOI DETIME MA ORGAN O EXAME QUEDA PLA VOI DETIME MA ORGAN O EXAME QUEDA PLA VOI DETIME MUNICIPAL E AQUANTO EPEN VO SOLICADA MO TIVE ACENSO A WANDELLEDO
Sugestão / Solicitação:  DURO CHICA, DAN TRA PARAMAN EMORA PODEMANA  DO GRANDO O SPONICA POR RESPONICA  LA COMPANIA DE LA COMPANIA DEL COMPANIA DE LA COMPANIA DE LA COMPANIA DEL COMPANIA DE LA COMPANIA DEL COMPANIA DE LA COMPANIA DEL COMPANIA DE LA COMPANIA DE LA COMPANIA DEL COMPANIA DEL COMPANIA DE LA COMPANIA DE LA COMPANIA DEL C
Assinatura:
Av. Farroupilha, 8001 – São José – Fone (51) 3478.8001