



SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº 833 /2018

Nome completo do Paciente: Pedro Roberto Barba

Data Nascimento: 30 03 64 Setor: Ortopedia Data do Registro: 20 / 02 / 18

Nome completo do declarante: -

Email: - Fone: () 84922963

Endereço: Rua Rio de Janeiro 334 - Mathias Velho

☒ Denúncia () Solicitação ☒ Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros -

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

19/02/18

20/02/18

maquina estrobada.

2. duas vezes seguidas

Sugestão / Solicitação: Rm - (Buco Drº Robson)

Pedro Roberto Barba

Assinatura: Pedro Roberto Barba