



Nº 2805 /2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente: DALMI SILVEIRA DA GAMA
Data Nascimento: 8.5.55 Setor: PNEUMOLOGISTA Data do Registro: 29/05/18
Nome completo do declarante: WOLNY ASSIS BARBOSA
Email: 556 999482619 Fone: () 3463 0389
Endereço: MACHADO DE ASSIS 585
() Denúncia (X) Solicitação () Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros _____

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

CONSEGUI A CONSULTA NO DIA DE HOJE
COM A FUNCIONARIA CASSIA

Sugestão / Solicitação:

Conseguimos consulta para o
pneumo dia 14/06/18 as 8:30 Dr
Eduardo Tittel

Assinatura: Wolny A Barbosa