



SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº AMB 536/2018

Nome completo do Paciente: Beatriz Ferreira Remedi

Data Nascimento: 22/02/74 Setor: Rx Data do Registro: 05/02/18

Nome completo do declarante: Beatriz Ferreira Remedi

Email: Beatriz.ferreira.227@gmail.com Fone: (51) 9813 90871
3472 0905

Endereço: rua. diamant 1012

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

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

Trouxe meu exame completo para
análise fazer a comparação do mesmo
com o anterior para ver se o exame
está o mesmo anterior se trouxe o
exame completo gostaria de fazer o mesmo
mesmo completo pois tenho que guardar
por um período de cinco anos para
futuras comparações

Sugestão / Solicitação:

Mais atenção com os exames e
responsabilidade com o mesmo pois são
de valor para o paciente

Assinatura: Beatriz