



**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº 1203 / 2018

Nome completo do Paciente: Maria de Lourdes da Silveira

Data Nascimento: 09/04/45 Setor Traumato Data do Registro: 05/03/18

Nome completo do declarante: Angela Maria Macedo Roman

Email: romanangela@hotmail.com Fone: () 991578060

Endereço: Dom Pedro II 855

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

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

A paciente está no aguardo de cirurgia mas não foi chamada ainda, a secretária da saúde relata que só depende do hospital chamar que já está autorizado. A paciente está entrando com pedido via judicial e precisa de negativas de atendimento sobre sua situação, peço o mais breve o possível, retornando.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura:

Angela M^a Macedo Roman