



SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº AMB835/2018

Nome completo do Paciente: Arlindo Zatta

Data Nascimento: 24/10/1961 Setor: Rm Data do Registro: 20/02/18

Nome completo do declarante: Niuro Zatto

Email: _____ Fone: (51) 99771-3352

Endereço: Rua das Laranjeiras - 8 - Guarujá PAROQUE

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

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

Atendimento péssimo lá na sala de Rm, atendentes sem paciência, gritaram com o paciente. Não sabe o nome das atendentes; não foi realizada a Rm, pois, a máquina não está funcionando, paciente passou mal, ficou nervoso.

Atendentes só ficam no what sapp.

Aguarda nova data Rm (coluna) e espera ser atendido melhor.

Sugestão / Solicitação:

- Declarante com dificuldade na escrita.

- Melhor atendimento, atenção para atender os pacientes.

Assinatura: _____