

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº AMB 586/2018

Nome completo do Paciente:

Data Nascimento: 13/02/16 Setor: TRAUMATICO Data do Registro: 07/02/18

Nome completo do declarante:

Email: Choni wfrance@hotmail.com Fone: (51) 997350299

Endereço: BARÃO - RJ

() Denúncia (X) Solicitação (X) Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros_____

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

Em 30/10/18, fui convocada para uma reunião com o Sr. [nome] e o Sr. [nome] para discutir o processo de [nome] e o Sr. [nome]. Durante a reunião, foi discutido o processo de [nome] e o Sr. [nome]. Foi decidido que o Sr. [nome] seria responsável por [nome] e o Sr. [nome] seria responsável por [nome].

Sugestão / Solicitação:

Sugestão / Solicitação: Solicito Atenção Especial Para Caso com TRAUMA NO DENTADO COM DORES FREQUENTES E NÃO SERO PODER CONTROLAR A FALA DE COISAS JÁ VENDO QUE NÃO HAVIA TURBACAO MENTAL CONSULTA COM PSICOMOTRICISTA ESPECIALIZADO NA AREA DO COMORBIDADE FALA DE COISAS QUE ME INFORMAM E 237550.

CODE / 1 / GRADE / COMPRESSA

Assinatura: