



Nº 896 / 2018

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nome completo do Paciente: gilmar Antônio da Silva Schmidt
Data Nascimento: 11/10/78 Setor _____ Data do Registro: 22/02/18.

Nome completo do declarante: _____

Email: _____ Fone: (51) 9844412312 / 9852512415

Endereço: Osvaldo Goethe 201

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

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

Estou com a mão quebrada desde novembro de 2016 aguardo por cirurgia desde então.
Alegam que os anestesiologistas não recebem e não podem realizar a cirurgia
Gostaria de saber quando vai sair a cirurgia porque estou perdendo o movimento da mão e a minha dor é intensa.
Pois preciso muito da cirurgia pois preciso trabalhar, não consigo nem o auxílio do INSS pois não aceitam os documentos e informações dos médicos para levar.
Aguardo intensamente por respostas por favor.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: gilmar Antônio da Silva Schmidt