

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
PACIENTES INTERNADOS**

Nº Int 111 / 2018

Nome completo do Paciente: Leandro Kohesny

Data Nascimento: 09/08/56 Leito: UTI Data do Registro: 23/02/18

Nome completo do declarante: Luciana Kohis Bielli

Email: Luciana Kohis Bielli Fone: (51) 9965 68038

Endereço: Rua Francisco Ventura 270

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

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

Quero os exames todos feitos pelo Hospital
do Leandro Kohesny para GAMP

Sugestão / Solicitação:

Assinatura:

Luciana Kohis Bielli