OUVIDORIA GHC

Nº Protocolo:

*PREENCHIDO PELA OUVIDORIA

Carta de Manifestação

§ 7º A identificação do requerente é informação pessoal protegida com restrição de acesso nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (Art. 10 da Lei nº 13.460 de 17)

☐ Desejo me identificar ☐ Quero sigilo dos dados pessoais ☐ Não desejo me identificar

Dados do Autor

Nome:_____ Cidade: _____ UF:_____

Nome da mãe: _____ E-Mail:_____

Telefones (DDD + nº): _____

Preencha o maior número de informações possíveis, pois isso auxilia a análise pela Ouvidoria e torna mais efetiva a sua participação na proteção e defesa dos direitos dos usuários do Grupo Hospitalar Conceição.

Você deseja?

☐ Elogiar ☐ Reclamar ☐ Sugerir ☐ Denunciar ☐ Solicitar ☐ Pedir Informações

Qual o local?

☐ Hospital Nª Srª da Conceição ☐ Hospital Cristo Redentor ☐ Hospital Fêmina
☐ Hospital Criança Conceição ☐ Saúde Comunitária: Qual?_____ ☐ UPA Moacyr Scliar

Setor: _____ Data: _____ Turno: _____

Dados do Paciente ☐ Sou o paciente

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____ Data de Nascimento: ____/_____/_____

Descrição do Relato:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OUVIDORIA GHC

Carta de Manifestação

Ouvidoria GHC

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 08:30h às 12h e das 13:30h às 17h, exceto feriados.

Para mais informações acesse o menu da Ouvidoria no site **www.ghc.com.br**

Se preferir encaminhe e-mail para: **ouvidoriaghc@ghc.com.br**

100% SUS GHC SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL