



INSTITUTO VENEZOLANO DE OFTALMOLOGIA C.A.
RIF.: J-31469107-4

PRESUPUESTO

Numero : 46
Fecha : 15/07/2016
Hora : 09:10:26

Paciente : OMAR HERNANDEZ Cedula Id : V-10056862
Responsable : OMAR HERNANDEZ Cedula Id : V-10056862
Seguro : CONTADO R.I.F. : Comunal Comunal
Medico Tratante : JUAN CARLOS PINEDA
Diagnostico - Intervencion : INTRAVITREA AVASTIN OD

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL NETO
SERV009	INSTRUMENTAL QUIRURGICO	1.00	8,000.00	8,000.00
CON076	DESGLOSE MEDICINA Y MATERIALES AVASTIN	1.00	16,419.60	16,419.60
ROL038	USO PABELLON	1.00	3,000.00	3,000.00
SC016	RECUPERACION	1.00	2,500.00	2,500.00
ROL037	CIRUJANO PRINCIPAL	1.00	10,000.00	10,000.00
ROL040	INSTRUMENTISTA	1.00	2,000.00	2,000.00
GASTOS CIRUGIA				41,919.60
SERVICIOS CLINICOS				41,919.60
SUB TOTAL =				41,919.60
DESCUENTO =				0.00
TOTAL GENERAL =				41,919.60

Por la Administración
(Firma y Sello)

EL PRESUPUESTO ES UN ESTIMADO Y POR CONSIGUIENTE ESTÁ SUJETO A MODIFICACIONES SIN PREVIO AVISO

El presupuesto deberá estar cancelado el 100% al momento del ingreso a su Cirugía o procedimiento

De existir diferencia entre la Carta Aval y el presupuesto, deberá cancelarla previamente y estar efectiva al momento del ingreso.

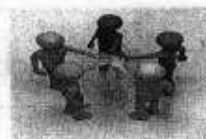
Al pautar fecha de cirugía, deberá consignar en el Departamento de Administración: La Carta Aval, Planilla de Sinistro firmada, Copia de la cedula de identidad del paciente y titular, Copia del carnet (si lo posee).

Formas de Pago:

Depósitos Bancarios, Tarjetas de Débito y Crédito y Transferencias Bancarias (Validar disponibilidad en Banco previo a la cirugía)

Centro Comercial Ciudad París, Avenida los Leones, piso 2, Local 3-28. Telf. Fax: 0251-2540296 - 2676237.

E-mail: IVEOCA@GMAIL.COM



CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Quienes suscriben; los Voceros de las Unidades Ejecutiva, Finanzas, y Contraloría, actuando en su carácter de representantes legales del Consejo Comunal Comunal "Guanaguanare" de la Urbanización Guanaguanare y Villa Carabobo,, del Municipio Guanare estado Portuguesa; por medio del presente hace constar que la o el Ciudadano (a) Omar Hernandez; titular de la Cedula de identidad Nro. 10.056.862 de Nacionalidad: V, tiene su residencia en esta comunidad desde hace 22 años y está ubicada en la siguiente Dirección:

Manz 5 calle 7 casa 108.

Teniendo como número de teléfono de contacto el (0416) (6570370).

Nota: El fin de la presente es para: Ayuda económica

Constancia que se expide a petición de la parte interesada, en la ciudad de Guanare a los 20 días del mes de Julio del año 2016.

Atentamente;

Liliana Marcela Manrique

Unidad de Finanzas

C.I. 14.400.783

Liliana Rodríguez

Comité de Vivienda

C.I. 17.238.253



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 10.056.862 MF002

APellidos HERNANDEZ PERAZA
Nombres OMAR JOSE

OMAR J. HERNANDEZ P.

12-12-69 SOLTERO
F. NACIMIENTO - EDO CIVIL

03-09-10 09-2020
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO




TAC 3704
TRAT. MÉNICO

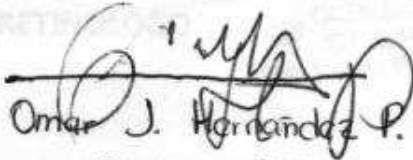
Guanare, 22 de julio de 2016

Exposición de Motivo

Ante todo un Saludo revolucionario y Socialista, reconociendo su gran empeño en pro y beneficio del pueblo, me dirijo a usted con la finalidad de Solicitarle, respetuosamente, una ayuda económica, para una inyección intraocular (Abastin) en el ojo derecho, por presentar derrame vítreo, ya que no cuento con la cantidad requerida debido a gastos por otras enfermedades y medicamentos.

Me despido muy atentamente, esperando una pronta y Satisfactoria respuesta de su parte.

Atentamente;


Omar J. Hernandez P.

CI: 10.056.862

TIF. 0416-6570370





Número: 11-48
Fecha: 15/07/2016
Hora: 10:20

INSTITUTO VENEZOLANO DE OFTALMOLOGIA C.A

RIF: J-31469107-4

INSTITUTO VENEZOLANO DE OFTALMOLOGIA C.A

Paciente: OMAR HERNANDEZ

RIF: J-31469107-4 NIT. 0495951588

Cedula de: V-10050902

Responsable: OMAR HERNANDEZ

Cedula de: V-10050902

Seguro: CONTADO

R.P.

Medico: PACIENTE: OMAR HERNANDEZ.

Diagnóstico: INTRAVITREA AVASTIN OD

CI: 10056862

FECHA: 15/07/2016

INFORME MEDICO.

SE TRATA DE PACIENTE QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL ODI.

AL EXAMEN OFTALMOLOGICO PRESENTA:

1. CATARATA BILATERAL
2. OJO UNICO DERECHO
3. OD RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA CON CARACTERISTICAS DE ALTO RISCO COMPLICADA CON HEMORRAGIA VITREA
4. OI RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA COMPLICADA CON DESPRENDIMIENTO TRACCIONAL DE RETINA

POR TAL MOTIVO SE INDICA:

- INYECCION INTRAVITREA DE AVASTIN OD.

DR. JUAN PINEDA.

OFTALMOLOGO - RETINOLOGO


Dr. Juan C. Pineda
OFTALMOLOGO
C.I. 9.342.512
C.M. 5.460 - M.P.P.S. 61.328

Centro Comercial Ciudad Paris, Avenida Los Leones, Piso 2, Local 3-28. Telf. Fax. 0251-2540296 - 2676237.

E-Mail: ojojiiveoca@gmail.com Barquisimeto - Venezuela