

Dr. Frac Jimmy Sinisterra
Especialista en Cirugía General
Cirugía Laparoscopia.

INFORME MEDICO

Maria Eugenia Leon Tolero

CI: 16073493 Edad: 33 años

Paciente Femenina con dolor y aumento
de volumen en región subescapular derecha
de crecimiento progresivo. Antecedentes
personales: Cesarea. Alergia a Dipsana.
Niega hábitos tabaquicos y alcoholicos.
Examen Físico: Púls: 70, TA: 110/70 mmHg,
Peso: 62.5 kg. Tórax: normal expandido.
Región subescapular derecha con tumori-
ción indurada, móvil, de aproximadamente
8x10 cm.

Dx: Tu subescapular derecha

Plan quirúrgico. Exéresis y biopsia





Horizonte, S.A.

G-20008701-3

Capital Pagado: 591,095,765.37

Capital Suscrito: 591,095,765.37

Rif. G-20008701-3

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. 48

Nº 17092013-10/45

Fecha y Hora : 04/05/2016 01:05 PM
Número de Carta Aval : 00000006690835 0
Número de Siniestro : HCMC 0000000837
Número de Póliza : HCMC 0000000625

**PRIVADO:HOSPITALIZACION
COLECTIVO**

Señores :

CENTRO MEDICO PORTUGUESA, C.A.

Presente.-

Estimados Señores:

Notificamos a Ustedes, que nos comprometemos a cancelar los gastos por servicios prestados en esa institución al Sr.(a): **LEON TOLOZA, MARIA EUGENIA V - 16073493**, Titular del certificado Nro. 696, por la atención prestada en ese centro asistencial por concepto de: **ESCISION (EXTIRPACION), TUMOR TEJIDOS BLANDOS, ESPALDA O FLANCO**, hasta por un monto de Bolívares **TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CON 00/100 (Bs. 324,200.00)**. Este es un cálculo aproximado en base a un presupuesto elaborado por ustedes, de Bolívares, **TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CON 00/100 (Bs. 382.200,00)**).

Con la intención de darle validez al presente compromiso, agradecemos que una vez que se tenga conocimiento del Ingreso y Egreso del Paciente, se comuniquen con nosotros por el master 05004674244 número de Fax 02129554828, a objeto de conocer la liquidación real y definitiva que avale el pago del caso que nos ocupa, de acuerdo a los beneficios contratados por la referida póliza.

Es condición indispensable para el pago de los honorarios y gastos por servicios clínicos asistenciales, que ustedes nos envíen las facturas originales debidamente firmadas por el paciente o su representante, así como el informe detallado del médico tratante, los resultados de los exámenes de laboratorio practicados, anatomía patológica, desglose de material médico quirúrgico, medicina y material descartable.

Asimismo, le informamos que la realización de **Cirugías Estéticas** o bien alguna otra intervención no indicada en el informe médico de la solicitud de la carta aval, en el presente acto quirúrgico dará lugar a la anulación de la carta aval, condición aceptada por el paciente y esa institución hospitalaria; quedando esta empresa exenta del pago en caso de incumplimiento.

Al respecto, le notificamos que la solicitud procede, recordándole que debe ser informada la compañía el mismo día de la intervención y asistir entre los ocho y diez días posteriores a una evaluación médica, de lo contrario Seguros Horizonte no se hará responsable del siniestro.

Seguros Horizonte, S.A. autoriza a la clínica **Autoliquidarse** bajo las mismas condiciones del presupuesto inicial, solo en aquellos casos donde el monto del egreso sea igual o menor al monto amparado en el presente compromiso; debiendo notificar el ingreso correspondiente.

Sin mas a que hacer referencia.

Seguros Horizonte, S.A.
G-20008701-3

Atentamente,

Analista: **BLUCIBEL**

NOTA: ESTA CARTA AVAL TIENE UNA VALIDEZ DE 30 DÍAS CONTINUOS, A PARTIR DE LA FECHA DE LA EMISIÓN. PARA GARANTIZAR LA VALIDEZ DE ESTA, LA CLÍNICA DEBERÁ COMUNICARSE CON SEGUROS HORIZONTE AL INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE.

Av: Francisco de Miranda, con 3ra Av. Campo Alegre, Torre La Primera, Chacao, Edo. Miranda

Cartaval.



CENTRO MEDICO PORTUGUESA C. A.

R.I.F. J085083499 N.I.T. 0035406859 NIL 197211-1

Carrera 4 Edificio Centro Medico Portuguesa N° 6 29 Guanare Edo Portuguesa

Tel: (0257) 2511816, 2531853, 2515159 Fax: (0257) 2512940

PRESUPUESTO

FECHA: 28/04/2016

SEÑORES: SEGUROS HORIZONTE

PACIENTE: MARIA EUGENIA LEON

SERVICIOS CLINICOS

HABITACION DIARIO	1	BsF. C/U	5.000,00	5.000,00
ACOMPAÑANTE DIARIO	1	BsF. C/U	500,00	500,00
RESIDENTE DIARIO	1	BsF. C/U	1.000,00	1.000,00
DIETETICA DIARIO	1	BsF. C/U	4.000,00	4.000,00
SERVICIO DE ENFERMERA DIARIO	1	BsF. C/U	1.000,00	1.000,00
ADMISION				500,00
HISTORIA CLINICA				1.000,00
GASTOS ADMINISTRATIVOS				500,00
MEDICINAS				54.800,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				68.900,00
DERECHO DE QUIROFANO				5.000,00
INSTRUMENTACION				3.000,00
CIRCULANTE DE PABELLON (2)				6.000,00
MONITOREO CARDIACO COMPLETO				3.000,00
OXIGENO + OXIDO NITROSO X HORA				2.000,00
USO DEL ELECTROCAUTERIO				2.000,00
PROCESAMIENTO DESECHOS BIOLOGICOS				2.000,00
SALA DE RECUPERACION				2.000,00
USO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO				10.000,00
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			SUB-TOTAL Bs F.	172.200,00

HONORARIOS

CIRUJANO			SUB-TOTAL Bs F.	0,00
AYUDANTE				120.000,00
ANESTESIOLOGO				48.000,00
RECUPERACION				48.000,00
				3.000,00
			SUB-TOTAL Bs F.	219.000,00
			TOTAL Bs F.	391.200,00

TRAER COPIA DEL PRESUPUESTO AL MOMENTO DEL INGRESO

PRESUPUESTO VALIDO POR UN MES Y SUJETO A MODIFICACIONES



caso Y-616

TAC 1912
Intervención Q.

GUANARE 04 DE MAYO DEL 2016.

INFORME MEDICO

CIDADANA:

ABOGADA LIBIA PADILLA

SECRETARIA DE GESTION INTERNA DE LA GOBERNACION DEL ESTADO PORTUGUESA

Reciba un cordial saludo bolivariano revolucionario socialista y antiimperialista y a su vez felicitarla por el compromiso político que usted profesa por este proceso, sirva la presente para hacer de su conocimiento que fui diagnosticada en la región subescapular derecha un tumor indurado, móvil, de aproximadamente 8 x 10 cm, el médico indica que debo someterme a un plan quirúrgico expreis y bioxia, acudo a la clínica donde el doctor recomienda que se elabore la intervención quirúrgica, la cual presupuesta (391.200) sin la bioxia, la póliza de seguro que le presta el servicio a la institución en que laboro, llama a la clínica y solicita un reajuste y esta da un nuevo presupuesto de (382,200.00) sin bioxia, aprobando el seguro la cantidad de (324,200.00) por ESCISION (EXTIRPACION), TUMOR TEJIDOS BLANDOS, ESPALDA O FLANCO, sin la bioxia. Es por ello que acudo a usted solicitando la colaboración, ya que soy el único sostén de hogar y mi carga familiar es de 3 personas 02 niños y mi madre que presenta un Tumor Hipofisario y recibe quimioterapias cada 28 días, no tengo recursos para cubrir la diferencia de la intervención quirúrgica y la realización de la bioxia, por lo que le agradecería la ayuda para cubrir el restante de la operación y la bioxia.

Sin más a que hacer referencia y esperando su más pronta respuesta

Se despide de usted

Atentamente

MARIA EUGENIA LEON TOLOZA

C.I-16.073.493

TELEFONO 0412-5201949

¡CHAVES VIVE!

¡LA LUCHA POR EL SOCIALISMO SIGUE!

