

Granate, 21 de Diciembre de 2017

Sr. Rafael Calles
Gobernador del Estado Portuguesa
Su Despacho.-

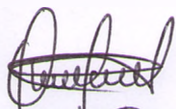
Ante todo reciba un cordial saludo Bolivariano y Revolucionario esperando que Dios le siga Bendiciendo y ayudando en esta ardua tarea que le ha sido encomendada.

Yo, Dileia María Tapia Acaredo, Soltera, portadora de la Cédula de Identidad N° 19.757.402, domiciliada en Granate en el Barrio El Cementerio Calle 27 entre 12 y 13, casa N° 12-33. Por medio de la presente me dirijo a usted y a todo su valioso equipo de trabajo con la finalidad de solicitarle una ayuda económica para cubrir los gastos de mi cesárea la cual amerita por presentar alto riesgo de mi embarazo y por no contar con un seguro médico ni dinero para costear los gastos requeridos (en la presente anexo informe médico y presupuesto clínico).

Así mismo resalto que la cesárea está programada para el 7 de enero de 2018, quedando tres semanas para la intervención por el cual estoy urgida por la proximidad de

la fecha, ya que soy una madre que se encuentra desempleada y no cuento con ayuda.

Me despido y agradezco de antemano su ayuda, deseándole el mayor de los éxitos en su gestión y contando con su gran corazón socialista, quedo de usted.



Dilcia M. Tapia A.
C.I. 19.757.482



11450



Dr. Rodolfo Egimar Mendoza Chacón
Gineco-Obstetra

Telf: 0426-8366743 Cel: 0416-6952449
Consulta de Lunes a Viernes 2:00pm a 7:00pm
Consultorio: Carrera 4, al lado de la Concha Acústica.
Centro Médico Portuguesa 2do piso.

35
12/2017

INFORME

Quien suscribe, médico ginecólogo hace constar
que la paciente

Dilcia Tapia
C.I. 19.757.482 de 28

años asistió a consulta el día 15, 12, 2017

presentando diagnóstico:

- ① Gubnoso de 35 semanas
- ② A.R.O en CB5MBA anterior
- Dybrta Resolución Quirúrgica del
- Gubnoso Al llegar a término el mismo.

INFORME que se expide a solicitud de la parte
interesada a los 15 días, del mes de
Diciembre del año 2017.

Dr. Rodolfo E. Mendoza Ch.
GINECO-OBSTETRA
RIF: V-12010722-0
C.I. 12.010.722
MAT S.A.S.: 44120 C.M.: 2.622

NOTA: EN CASO DE CANCELAR CON CHEQUE FAVOR EMITIR A NOMBRE DE CAPRELLANOS,
5 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA, FAVOR PRESENTAR ESTE INFORME AL MOMENTO
DEL INGRESO. ESTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE SON VALORES APROXIMADOS.

