

SETOR DE REFRAÇÃO E LENTES DE CONTATO
ORÇAMENTO

Paciente: LUANA CRISTINA SOARES DE OLIVEIRA
Médico Responsável: PRISCILLA VILLAS BOAS

Pasta: 0001196179
CRM: 180197

Especificação	Qtd	Valor
PACOTE PARA TESTE E ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO	02	R\$ 2.586,00
Condições de Pagamento		Dinheiro Transferência/PIX Cartão Débito Cartão Crédito em até 10x
ORÇAMENTO VÁLIDO POR 30 DIAS		

DADOS BANCÁRIOS PARA TRANSFERÊNCIA

Razão Social: Hospital Oftalmológico de Sorocaba
CNPJ: 50.795.566/0002-06
Banco Bradesco: 237
Agência: 3372-3
Conta Corrente: 0154290-7
PIX CNPJ: 50.795.566/0002-06

Enviar comprovante de pagamento no e-mail: financeiro@bos.org.br, informar o nome completo do paciente e especificar pagamento de lente de contato.

Recepção Centro de Refração
Horário de Atendimento:
Segunda a Quinta das 07:30 as 18:00
Sexta-feira até as 17:00
E-mail: setordelente@bos.org.br
Whats: (11) 94794-4509

SOROCABA, 03 de SETEMBRO de 2024
VALIDO ATÉ 05 DE DEZEMBRO DE 2024
Elaborado por: AMANDA MORAES

Assinatura Paciente/ Responsável: _____