



Centro de
Diagnóstico

ORÇAMENTO DE EXAME

Prezado(a) Senhor(a): Prefeitura Municipal de Cruz Alta
Paciente : Pedro Osório Carvalho

Por sua solicitação, efetivada em caráter de valor prefeitura, segue abaixo o valor do exame solicitado:

Ressonância de Crânio -----R\$ 480,00 (quatrocentos e oitenta reais)

Taxa de sala ----- R\$ 248,00 (duzentos e quarenta e oito reais)

Anestesia para Exame Ressonância –R\$ 1050,00 (hum mil e cinquenta reais)

Total do Exame ----- R\$ 1778,00 (Hum mil setecentos e setenta e oito reais)

Este orçamento é válido pelo período de 30 (trinta) dias.

Passo Fundo, 23 de Janeiro de 2024.

Amanda Orso
Agendamento de Exames
Raquel S. Baggio
Coordenadora de Área
Centro Diagnóstico

da Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo (Entidade de Fins Filantrópicos)
920210620001-06 Rua Teixeira Soares, 808 -Tel.:(0**54) 3316.4020- Fax.:(0**54) 3316.4022-
CEP: 99010-080— PASSO FUNDO - RS

CNPJ: