

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433861 / 5**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/12/2025** Hora: **23:10:00 HRS**
DD MM AAAA

Nombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.** RFC: **OHA051017KE7R**

Nombre del Paciente: **ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **29/12/1980** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **LARINGITIS AGUDA** ICD: **J04.0**

Tratamiento: **LARINGOSCOPIA** CPT: **31535**

Médico Tratante: **JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25028845** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **122813** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----8869** - **0** No. del SubGrupo: **126**
DD MM AAAA

Contratante: **TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION** Titular: **ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 3,000.00
DR. JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO	99281	Cantidad con Letra: TRES MIL PESOS 0/100 MN.
CONSULTA(S) MEDICA(S)		

Observaciones: **CARTA COBERTURA POR HM .DR. JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO (SE AJUSTA A TABULADOR) ATENCION DEL 18 AL 21 DICIEMBRE 2025**

Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: **MONTERREY, NUEVO LEÓN, A LUNES 22 DICIEMBRE 2025 05:20:24 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones

Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.

Grupo Financiero Banorte

ANA KAREN SANDOVAL PEREZ

Nombre y Firma