



Cooperativa de Ahorro y Crédito, Consumo,  
Producción y Servicios.

## LAMBARÉ Ltda.

Dec. Per. Jur. N° 17697 - 12/04/93



**Casa Central:** Avda. Caci que Lambaré esq. Ypane  
**Call center:** 021 9191000  
**Email:** cooplambare@lambare.coop.py  
**Sucursal 1:** Avda. Caci que Lambaré esq. Paí Gamarra  
**Sucursal 2:** Prof. Manuel González c/ Cayetano Massi  
**Sucursal 3:** Avda. San Isidro c/ Gral. Díaz  
**Sucursal 4:** Avda. de la Victoria esq. Indio Francisco  
**Sucursal 5:** Cerro Corá c/ Aquidabán  
**Sucursal 6:** Paz del Chaco esq. Tova Mascoi  
**Sucursal 7:** Avda. Japón esq. Francisco Pizarro

### CERTIFICADO DE INTERNACIÓN Uso exclusivo Cooperativa Lambaré Ltda.

**TODOS LOS DATOS DEBEN SER LLENADOS EN FORMA CLARA Y LEGIBLE, SIN RAYADURAS Y/O ENMIENDAS**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

SOCIO N° : \_\_\_\_\_

C. I. N° : \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN (SANATORIO U HOSPITAL):

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:

\_\_\_\_\_

ESPECIALIZACIÓN : \_\_\_\_\_

N° DE MATRÍCULA : \_\_\_\_\_

#### INFORME MÉDICO (AFECCIÓN QUE AMERITA EL PEDIDO DE SUBSIDIO)

DX MÉDICO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE **INGRESO** AL HOSPITAL O SANATORIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA DE **EGRESO** AL HOSPITAL O SANATORIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVACIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de médico tratante

\_\_\_\_\_  
Sello del Hospital o Sanatorio

#### Título III - De las Disposiciones Generales

**Art. 22º** Si se comprueba el cobro indebido del subsidio o premio, o la tentativa de hacerlo, el Consejo de Administración podrá instruir el sumario que corresponda, del que podrán surgir las sanciones y penalidades establecidas en los estatutos y acciones legales previstas en la ley.