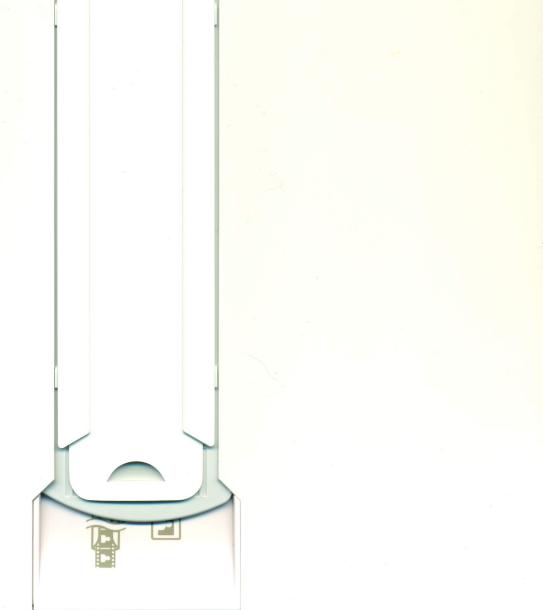
nericana
<sup>7</sup> / <sub>8</sub> 2
<b>A B 3</b>
quierda
es



## PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101		/j-4, w/		\$ 15	68	6/110	*
026	C	TW	2 \$	\$ 15	183	6/110	X DATE
0265	21	TMP	$\mathcal{R}$	5 15	183	6/1/15	* VAN
0219	46	<b>y</b>		\$ 15	335	9/1/15	A NA
			۵				M
	*	v -				P	9

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratar conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posibles
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de la	responsabilidad por mi incumplin lenjo, a inacción,
	· VA -030117	Especialista en Prótesis M.N.: 27 009 - M.P. O.D.: 00
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma v Sello Profesional

