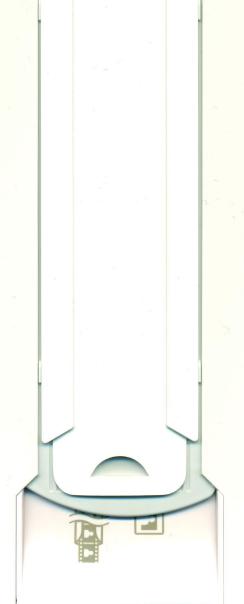
Sistema: U.P.
Asociado Nº: 10081981671915 DATOS DEL Odontopraxis Americana
Plan: 20 - 0002 PACIENTE
Apellido: 40 0000 00 0.N.I. Nº: 12193139191341
Nombre: L'Liaus Russello
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 2217168
Domicilio: De lo Francio 2776 Bts 2°0 Bris Pino
Localidad: USLUCIO C. P.: 9410
Teléfono: 15542022.
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido:
4 💆 😰 💆 💆 💢 💢 🥱 3
Nombre:
Dr. Fernando R. Schwab M.N. / M. P. M.N.: 27:000: M.D. 000
M.N. / M. P
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Teléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes
OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes



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	M.N.: 27,009 (0290 Set Martin 14	- M.P. O.D. 9) 425016		\$10	\$ 102	14)5/15	Jadaw)
6216	21	MP	R	\$10	5 254	21/5/15	x Salves
0561		ţ.	7.1=	510	\$134	3/6/15	x Spailars
			1 4 4 8				
	215						
	30 E	210	1.	J C (7	7 - 1		

bservaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratam conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posit Asimismo, dejo expresamente establecido que pieza tratada endodónticamente glentrode un ple esponselsitias par IM Ancympinmento i nacci
570 - GE23 570 - GE23	· Daloues 20-339934	Especialista et Prétesis M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma Sello Profesional

