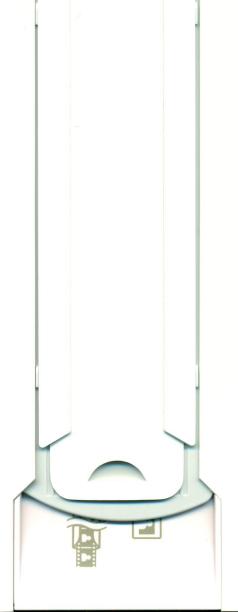
Sistema: Asociado Nº: LETRILIZRI DE LI Plan: Apellido: Q.OM. R. Arnez		
Nombre: ZOMINOL Parentesco: Domicilio: 1 de Mago 246	Fecha de Nacimi	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Dr. Fernando R. Schwab M.N., 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 Nombre: San Martín 1684 Riso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Teléfono:	8 7 6 5 4 3 8 7 6 5 4 3 8 7 6 5 4 3 Derecha 8 5 4 3	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz R OPT07 Lápiz Azul Lápiz R Tratamiento a realizar Tratamiento		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
05.05	36	0		500	70∞ :	23-02-	sx allas
05.05	46.			500	7000 Z	3-02-1	s. Commes.
i muse id	27,989 MJ (0790/1) 425	0.01-99 0.01-99					00000
						Section 1	
	£ 8 00 0						
Tools .					14000		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los traticonocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posibl
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformid	
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta. y cargo todos aquellos costos de	a responsabilidad por mi incumplimiento e inacció
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	un eventual retratamiento, de ser esto posible
		M.N.: 47.009 - M.P. O.D.: 99
	x/1/dellet	1.0.0 33
	Pirma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

