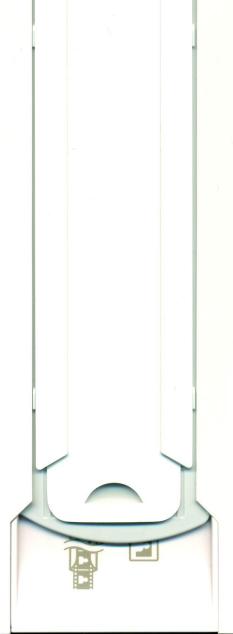
Sistema: Asociado Nº: PRIZIMENTOLIZI Plan: Apellido: Arias Federik		
Nombre: LOCANA Parentesco: Domicilio: B2 Las Raives Localidad: USMVOILO, Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	18 - 04 - 2005.
Nombre: Dr. Fernando R. Schwah M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 M.N. / M. P. (02901) 425016 San Martin 1684 Piso 1 Dpto: A Domicilio Consultorio:	1 8 7 6 5 4 3 2 4 8 7 6 5 4 3 2 5 4 3 2 Derecha 8 2 2 2	Vestibular 1
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento		Opronas 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
01.01	Gardin 1684 Pis	D 1 Dpto. A		- 143	los ∞	08-03-15	× 25
05.02.	, Fernando м. J. 27.009 - М.Р 70.2901) 425	0.D.: 99	2 .	500	13000	05-03-15	2
				TE A		i.	- C - C - A
16,05,085	755 - TOMES		144	V V (5)			A A A
E Media							· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
, 307 - N		7.2	. (13500		

		() () () () () () () () () ()
Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los	
	conocido por parte del Drcomplicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de confor	midad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabil	
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acep	to la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción
	asumiendo a mi exclusiva quenta y cargo todos aquellos costos	
	λ	Odontólogo - Implans
		Especialista en Protesis
	1 D t	M.N.: 27.009 - MIP. O.D.: 99
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

