Sistema:	Aceurs			1	
Asociado Nº:	2/10/01/10	Ø DA	ATOS DEL		Odontopraxis Americ
Plan:	Carel		ACIENTE		
Apellido:	la fre	U G			D.N.I. Nº: 127-01665
Nombre:	Benz	<u> </u>			
Parentesco:	24000	T16.5-12	Fecha de N	lacimiento:	5-12-45
Domicilio:					
Localidad:	NSIA		C. P.:	540	
Teléfono:					
DATOS DEL PE	ROFESIONAL			Ves	tibular
		1 🛱 🕽		dÅÅÅ	
Nombre: Dr. F	ernando R. Schwab 27.009 - M.P. O.D.: 99	4	7 6 5 4		
M.N.: 2			5 4	Ves 3 2 1	tibular
	tín 1684 Piso 1 Dpto	Α	5		
	ıltorio:	[Perecha 8		Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
			5 4	3 2 1 Ves	1 2 3 4 5
Teléfono:	1, 182 73				
REFERENCIAS	Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Lápiz Rojo	Lápiz Verde		Contided to Disable and the
ОРТ07	Tratamiento a realizar	Tratamiento anterior	Selladores	Coronas	Cantidad de Dientes existentes
		127			
				5 5	
				*	
				* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0100	TUN 1084 PISO 1	Dpto, A		be	93	22/12	Solil
105050	27 0 19 04 P. C (02901) 42501	e rDii a P	7	4	751	17/2	The
070701	Fornando P. So	0	2	20	792	27/2	Reli
ž.							
	*						
			9		cest		

Observaciones	co	or la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trat procido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos posibles
72.33	sic ma	do debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar áximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto l sumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo lodos aquellos costos de	la pieza tratada endodonticamente dentro de un plazo a responsabilidad per manuramento inacción e un eventual retraggiristo de sexasti sosible Espansialista en Protesis
		Hul	M.N.: 97.009 - M.P. O.D.: 99
		Firma del Paciente y Nº D N I	Firma v Sello Profesional