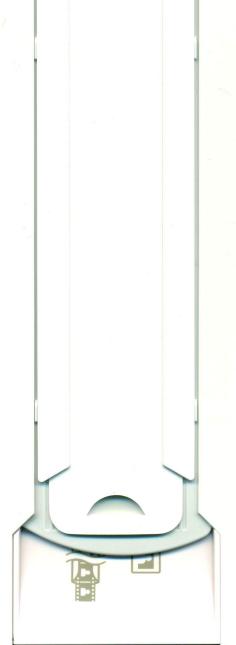
Plan:	1010151612181716100 PM POS	PACIENTE	D.N.I. Nº: L	ntopraxis Americana opam s.a. 31©161918182121111
Parentesco: . Domicilio:	ANSEL ISAA R. Cle ESCALBO	Fecha de Nacin	niento: 3909/6	
Apellido: Nombre:	Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016		Vestibular 2 1 1 2 2 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	3 4 5 6 2 3 3 3 4 5 6
Domicilio Con	San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A sultorio:	Derecha 8 5 4	Vestibular	Izquierda 3 4 5
OPTO7		to anterior Selladores	Coronas Canti	dad de Dientes existentes



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Pacienté Tratamiento Terminado
10104102	28	SIRO T Obro M	.53 3 F	15	118	16/01/18	fire.
	- 27,009 - (02901)	425016					
	Dr. Fernando						
Describeration	e defeloxor		Ä			N	
AND STREET		13	RAILE OF	C & C	1 3-		
r, current	8 12	· / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	DQ 113/3	1	118	4	

Observaciones ATB + AVALETHO	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamien conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posibles simismo, dejo expresamente establecido que he
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pie: máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la respasumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un ex	ponsabilidad por mi incumplimiento e inacción,
	01.08	Especialista en Potesis M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

