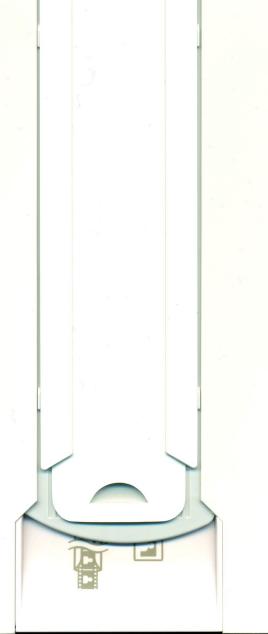
Sistema: Accord Salud,		A	
Asociado Nº: 00532583031 Plan: Planho. Apellido: TNTLAY	DATOS DEL PACIENTE		topraxis Americana
Nombre: MATEO. Parentesco: H.D. Domicilio: Kebombock, 266	Fecha de Naci		2.
Localidad: RIO 6de Teléfono: 441500	с.р.: 94	20	
Apellido: COMEZ		Vestibular 3 2 1 1 2 3	2
Nombre: Natalia. M.N. / M. P. 9012 Domicilio Consultorio: Hemandez. 1306	5 5 4 Derecha 8 5 4	3 2 1 2 3 3 Vestibular 3 2 1 1 2 3 3 3 2 1 1 2 3 3 3 2 1 1 2 3 3 4 3 5 4 5 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	3 4 5 6 7 8 3 4 5 6 7 8 3 4 5 7 8 1 2 quierda
	z Rojo Lápiz Verde nto anterior Selladores	Coronas Cantida	ad de Dientes existentes
	3		



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0701		- 1 1 1 1			<u></u>	18/060	
0216	51	MV	Res			18/06	
0216.	61.	MV	Ren	_		18/06	MA
\$ 2 6 A							
J= ,							
			1				

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indica conocido por parte del Dr	aturaleza de los tratamientos, posibles dejo expresamente establecido que he
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza trata máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabili asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual	a/endodónticamente dentre de un/plazo idad par/mi incumplimento e inacción,
		Odontsløga M.P. 2012
	Firms del Designato y NO D N I	Firma v Sello Profesional

