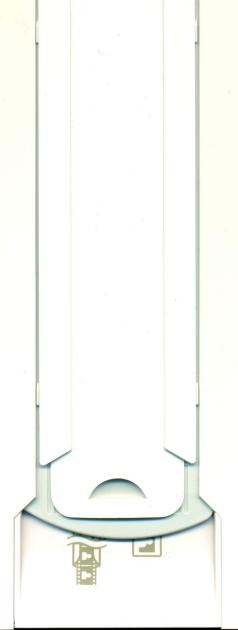
1	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana D.N.I. N°: (19)
Nombre: Al Cicclo Parentesco: Domicilio: 200 0 0 0 0 Localidad: Ullinge	Provincia:	16-4-98 C.P.: 3410
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Dra. Paula Giavedoni Nombre: M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97 (02901) 425016	1 8 7 6 5 4 3 2 4 8 7 6 5 4 3 2 4 8 7 6 5 4 3 2	Vestibular 1
San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Provincia: Localidad:	5 5 4 3 2 Derecha 8 5 4 3 2	Vestibular 1
Teléfono: Lápiz Azul Lápiz	z Rojo Lápiz Verde nto anterior Selladores Cord) nas 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
0302	36			\$6	558	26 06	d de
0210	45	01	long	\$70	362	26 06	8 11/
OLOM	26.	ledon D D = 5		\$10	112	2606	89/
Const on	× 2			140			
0-34-	LV 11			2.7			



Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

M.P. OD-97

