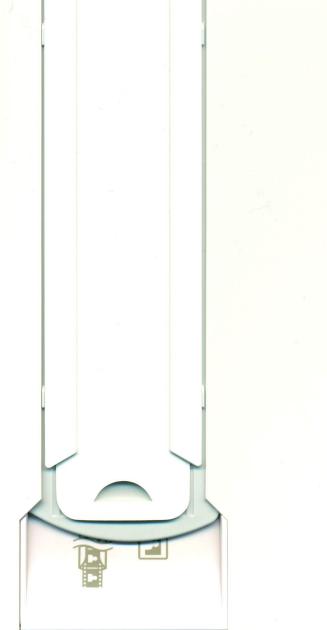
Sistema: UR
Asociado Nº: ODTE 1918 9 14 10 12 14 Plan: Datos DEL PACIENTE Odontopraxis Americana
Apellido: 0707-00 D.N.I. Nº: 19965190 L.I. Nombre: 7000 mo
THOMBUTO:
Parentesco: Hige Fecha de Nacimiento: 26 06 7004 Domicilio: 20 6000de Son la Moria 407 00000 3
Localidad: C. P.:
Telefolio.
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: 1 DE FORMA POR SALA 1 DE
Dr. Fernando R. Schwabab 4 D D D D D 3
Nombre: M.N.: 27:909 M.P. C.D.: 99 Nombre: (02901) 425016 D.: 99 Vestibular
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
M.N. / M. P. Derecha Derecha
Domicilio Consultorio: Son Ton Maria Berecha 8
Teléfono: 475 516.
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes
ортот



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				10\$		14/21	
0502	(62901) 425) Ianin 1684 Pisi	116		kol		21/01	A 3
0.504	r. Fernando R.): II. 27.009 - M.P	Schwab O.D.: 99	17	404	- - -	21/01	
0219	46	0		6\$		2/01.	
		a ¹		f. a.			
		J	·		. 3	dir y	yu =

	4 p / 4 p	you continued to the same of t	Care Marie Commission
Observaciones		Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tra conocido por parte del Dr complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformi sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilita	La naturaleza de los tratamientos, posible idad. Asimismo, dejo expresamente establecido que h
	->-	máximo de 45 (cuarenta y cirpo) días. Caso contrario, acepto asumiendo a mi exclusiva prenta y cargo todos aquellos costos d	la responsabilidad por mi incumplimiento e nacció
	- St. 19 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1	asumendo a mi exclusiva cidenta y cargo todos aquenos costos d	Odorflólogo - Implantes Especialista en Prótesis
	of the sale was	23387371	M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99
	To A	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

