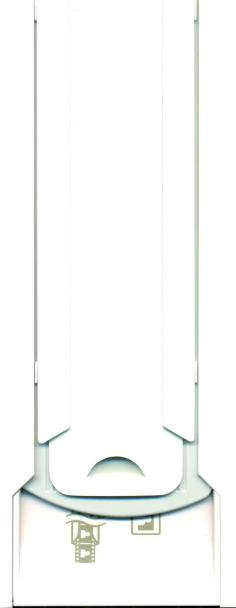
Nombre: Juan Parentesco: Pho Argen 40	Fecha de Nac	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: PUNIZIBIGISMULI cimiento: (5 - 08 - 2002
	1 8 7 6 5 4 4 8 7 6 5 4 Derecha 8 5 4	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Coronas Cantidad de Dientes existentes
OPT07		



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
2.19	36	V .	R.	5∞	307	53-0542	x Traily
	Fernando R. S	симор			2000		
			7/40				
beautope.	SEE ENGLISH		9			Magistran.	
Calculation of the Control of the Co							
		7 7		J.	302-		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos ismo, dejo expresamente establecio
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responasumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de Un e yex	sabilidad por mi incomplimiento e
	Lucu B/L Espe	ntólogo - Implantes ecialista en Prótes s
*	Firma del Paciente y N° D.N.I.	Firma y Sello Profesional

