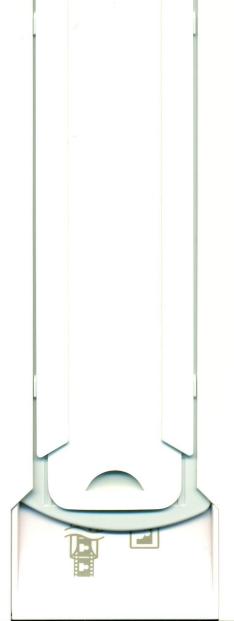
Sistema: ACCORD SALVO	13
Asociado Nº: LOZIYIORI91191000 (DATOS DEL	Odontopraxis Americana
Plan: PACIENTE	
	D.N.I. Nº: 131511101716156111
Nombre: VIRGINIA DAUSOL	201-2100
Parentesco: Fecha de Nacimiento:	23 07192
Localidad: C. P.:	
Teléfono: 15633090	
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2	Vestibular 1
Apellido: Dr. Fernando R. Schwab	
M.N.: 27:009 M.P. O.D.: 99 💢 💆 💢 💢	ĎĎĎĎĎĎĎďď3
Nombre: (02901).425016 8 7 6 5 4 3 2 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A 5 4 3 2	Vestibular
M.N. / M. P. 5	
Domicilio Consultorio:	Izquierda Z
5 4 3 2	1 1 2 3 4 5 Vestibular
Teléfono:	
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Co	ronas 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
220	15	0	R		302	17/02/15	0
ATPLICAS	201 [191]	e took Psy t	No Y				
	()()	mante i . S. 7003 - 14 P.O.				à -	
0.00						- 4400	
		. 1515					
typiusophi.		ets Test	North 31		302		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trata	
ODGGI VACIONOG	conocido por parte del Dr	
	sido debidamente informade acerca de la necesidad de rehabilitar la	a pieza tratada endedónticamente dentip de un plazo
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo tedos aquellos costos de	
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo redos aquellos costos de	M.N.: 27. 9 - M.D.:
	FMM 19191	
	35:10+66	
	Firms del Paciente y Nº D N I	Firma y Sello Profesional

