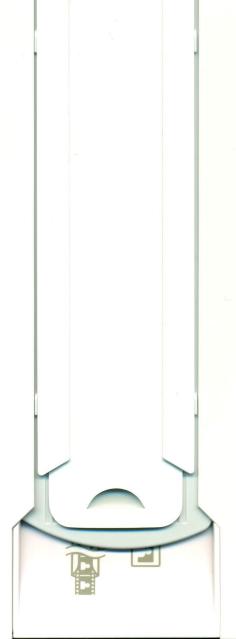
Sistema:  Asociado Nº: 17161214161 1013 101 1  Plan:  Apellido: A-103		
Nombre: Federle Flo Parentesco: Domicilio: Be Las Pouces Localidad: UShuana Teléfono:	Fecha de Nacimiento: .	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular  1
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  M.N. / M. P. (02901) 425016  San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A  Domicilio Consultorio:	5 5 4 3 2 Derecha 8 5 4 3 2	Vestibular  Vestibular  1
	<b>z Rojo Lápiz Verde</b> (onto anterior Selladores Cor	Onas 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
10.50	Hartin 1684 Pis	o 1 Opto. A			10500	38	225
05.07	ic Femando K. N.: 27,009 - M.F (nzgott) 425	50nwa9   0.0.: 99   016		500	13000	6.6	22
			128.2			À	- Aug &
P. Par	A THE WAY		4	X 78		1	
·					13500		1

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamiconocido por parte del Dr. complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la profesionada de recompleta de la necesidad de rehabilitar la profesionada d	La naturaleza de los tratamientos, posible Asimismo, dejo expresamente establecido que
V	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la re asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un	esponsabilidad por mi incumplimiento e inaccio
	1) 🗶	M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 9)
	$\star \sim \langle \rangle$	
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

