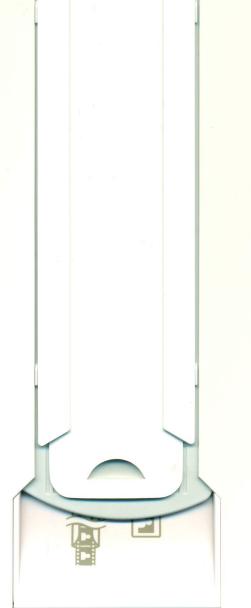
Plan: 20 - 003	ATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana OPAM S.A.  D.N.I. Nº: 19141810181116111
	Fecha de Nacimiento:	1 2 15 7
Localidad: US H	C.P.9410	
Teléfono:134081913		
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99  M.N. / MSan Martin 1004 Fisc. 1 Opto. A  Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07	7 6 5 4 3 2 7 6 5 4 3 2 7 6 5 4 3 2 Derecha 8 3 2 Lápiz Verde Selladores Con	Vestibular  Vestibular  Controllar  Cantidad de Dientes existentes  Cantidad de Dientes existentes



## PARA USO PROFESIONAL

Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
48	15 O'' '	R	\$15	297	19/12/14	x du fail
38	Chwa <sub>b</sub>	R	\$15 8	297	20/12/14	x Columbia
		1.60	<b>513 5</b>	115.	22/12/14	X Juntou &
				1		, · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		* * · ·			,	
	Pieza dentaria  48	Ubicación Ubicación	Ubicación Material  US  O  P	Pieza dentaria  Obtaración  Obtaración  Material  Cargo del Paciente  R  SIS  SIS  SIS  SIS  SIS  SIS  SIS	Pieza dentaria  Obtaración  Waterial  Cargo del Paciente  Total  R  SIS \$297  R  SIS \$297	Pieza dentaria         Obtaración Ubicación         Obtaración Material         Cargo del Paciente         Valor Total         Fecha           48         0         R         \$15         \$297         19/12/14           38         0         R         \$15         \$297         29/12/14           38         0         R         \$15         \$297         29/12/14

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamier conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posible simismo, dejo expresamente establecido que h
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pie máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la res asumiendo a mi exclusióa cuepta y cargo todos aquellos costos de un e	ponsabilidad por mi incumplimento e inacab
	II hus 2 and a sale	Odontólogo - Implantes
	X6/100 100 9480 8816	M.N. 87 009 - M.P. O.D.: 98
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

