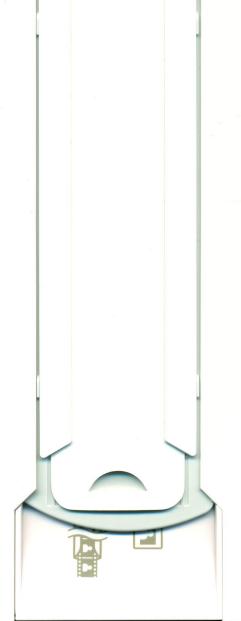
Sistema: Asociado Nº: 1999 1999 Plan: Apellido: Arristota	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: 347473
Nombre: Sue Cus		
Parentesco:	Fecha de Nacimien	to:
Domicilio: Auch Jay (7 3 4 1.	
Localidad:	C. P. :	1
Teléfono:		
DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 5 4 3	Vestibular 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido:		
Dr. Fernando R. Schwab		Vestibular
San Martin 1684 Piso 1 Dpto: A	5 5 4 3	
M.N. / M. P	Derecha 8	MAMMA 7 Izquierda
Dominio Consultono.	5 4 3	Vestibular
Teléfono:		
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento a		Coronas Cantidad de Dientes existentes
/ /		
n , 2		



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado	
0219	16	OM		40	SEL	27/1	x fogunter.	
0219	16	03	- V	60	255	2711	1 PORTOR	
0717	36	00		w	210	17/1	x forgetten	
0715	35	03		Le	210	2711	a Harguitan	
7150	3 5	on		A	200	7711	, Fragcitan.	
					1140			

Servaciones A	A	conocido por complicacione sido debidam máximo de 4 asumiendo a	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días caso contrario, acepto la responsabilidad por mi inclimplimiento e inacció asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de servisto posible					
<i>Y</i>			Firma del Pacien	te y Nº D.N.I.	M N.: 27.0\9/- M Firma y S	.P. O.D.: 99 ello Profesional		
	2							