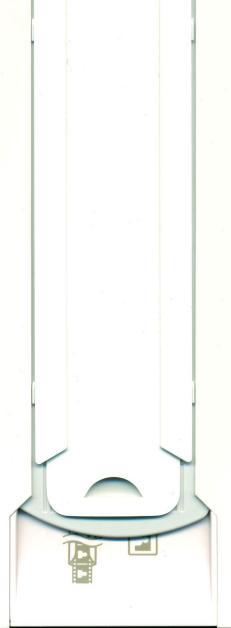
	DATOS DEL PACIENTE	
Nombre: Seele Class  Parentesco:  Domicilio: Nescyo  Localidad: USH  Teléfono:	C.P.: 311.	201.55
DATOS DEL PROFESIONAL  Apellido:  Dr. Fernando R. Schwab  M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  Nombre: (02901) 425016  San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  M.N. / M. P.  Domicilio Consultorio:  Teléfono:	1	Vestibular  1
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento		Ouronas 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 (Tarminado
POSO	72	20	R	1		25/6	2 June
0701	(02901) 42° Martín 1684 Pjs	o 1 Opto. A		()	134	25/6	x municipal states
M	Dt. Fernando R. V.: 27.009 - M. 10390	P. O.D Gtt					
pytucidans manae	shi Ash						
reimjassi Litaromii							
Line nieto		ser if my	1 (2.1)		- :		- 100

THE PROPERTY.		The second second
Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trata conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos posibles ad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
3.15	sido debidamente informado acerca de la necesidad de renabilitar la máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	responsabilidad por manifesto e inacción,
	C DATE OF THE PARTY OF THE PART	M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Firms del Paciente v Nº D N I	Firma v Sello Profesional

