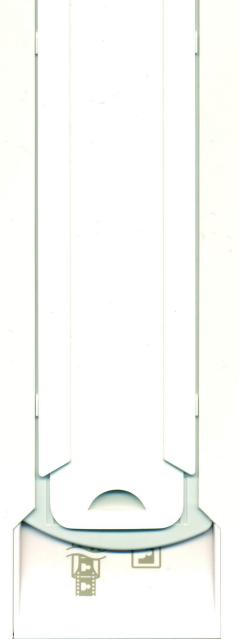
Cobertura: Asociado Nº: LOCITA SPOLL PACIENTE Apellido: #AUCE D.N.I. Nº: 341711810413111
Nombre: DA1ANA
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 18/07/88 Domicilio: ENGINO) 358
Localidad:
Teléfono: 1560 12 0 7
DATOS DEL PROFESIONAL
Apellido:
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M:N:: 27.009 - M:P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A 5 7 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 7 8 3 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6
Domicilio Consultorio: Provincia: Derecha 8
Localidad:
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes OPTO7 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
0216	21	VD	8	15	770	18/05/19	2 sorous
0216	22	Vh	2	15	720	18/03/19	- January
8219	36	O		15	302	18/03/15	Jacone
	C.Fo. Ha				# 1 P		
The Area C	5 8						
naucifo.					742		* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados e conocido por parte del Dr. La naturale complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo	
A COLOR OF THE COL	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptandolos de conformada. Asimismo, dejo sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada efoti máximo de 45 (cuarenta y cipe o) días . Caso contrario, acepto la responsabilidato.	originamenta dentro de un plazo
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual estata	
	decreme 34.718.043	W
	Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma	Sello Profesional

