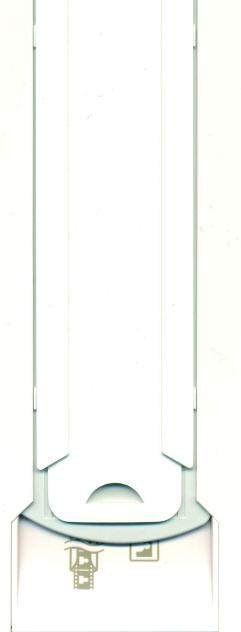
	Cobertura: Scoot Sold
	Asociado Nº: DPIESBANTIONIS DATOS DEL Odontopraxis Americana
	Plan: PACIENTE
	Apellido: D.N.I. Nº: SILISIOYITIS II
	Nombre: Broado Virginia 23008-2011
	Parentesco: Fecha de Nacimiento: 23 - 08 - 2011
	Domicilio: Andorra
	Localidad: Ushuaro Provincia: Tast Trego C. P. 9410
	Teléfono:
	DATOS DEL PROFESIONAL  8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
	Apellido: 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
	Nombre: N: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	(02901) <b>425016</b> Vestibular
	M.N. / M. P. 5 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6
	Domicilio Consultorio: Derecha 8 7 7 1 Izquierda
	Provincia:
	Localidad:
	Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Tratamiento a realizar Tratamiento anterior OPT07  Lápiz Verde Selladores Coronas 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
07.01					12600	04-06/5	x P. Zawy
	5 - A 084 b	si i obio y					() — )
- 8-		20 0 da gewins				4	
proper gifts					,***,	H 22.22	
	v				ei on		C V Tables
Boreler .	₹ / 1 ×	1.5			12600		
bservaciones	iar Je.	ledo.	conocido p complicaci sido debida	oor parte del Dr ones, riesgos y alte amente informado a e 45 (cuarenta y ci o a mi exclusiva cue	rnativas, aceptándol cerca de la necesida nco) días. Caso con nta y cargo todos aq	los de conformidad. A ad de rehabilitar la pie	Especialista en Protesis

