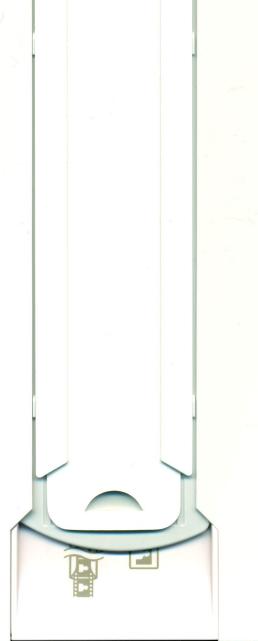
Sistema: ACCORD SACUD Asociado Nº: L901515131148101010 Plan: PATINO DATOS DEL PACIENTE Apellido: LiGHEZZOGO Nombre: PLATA LUZ	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: 13171700197101 11
Parentesco: Fecha de Nacim	iento: 12/03/93
110 401 1726	
Localidad: C. P.:	
Teléfono: 1546677 4	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: 1	Vestibular 2
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab 4 8 7 6 5 4 3	1 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M. PSan Martín 1684 Piso 1 Dpto: A Domicilio Consultorio: Derecha 5 5 4 3 Derecha 8 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2 1 1 2 3 4 5 6 2 1 1 2 3 4 5 6 2 1 1 2 3 4 5 7
Teléfono:	
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Tratamiento a realizar Tratamiento anterior 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
0216	San √ la ∑ in 168	† Piso S Opto, A	R		198	13/01/15	J. Wang
216	M.M. 27.009 (02901)	425016	R		198	15/01/15	Y W.
						*	
	505-pl Fr				, , , , , ,		
			li i asl		=		
		result in	y = .		396		

	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional
	> 34400040 -	M.N.: 27.000 - M.P. O.D.: 99
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) dias. Caso contrario, acepto la responsasumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un event	sabilidad por mi incumplimiento e inacción
Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posibles smo, dejo expresamente establecido que he

