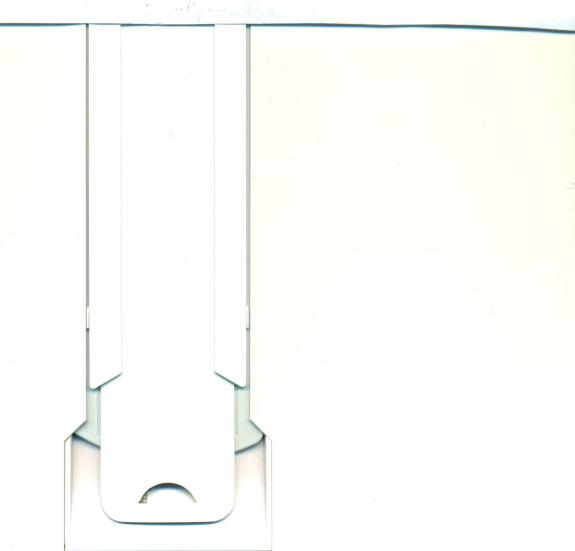
Sistema: Accord Salud	
Accepted A19. 100948181999117	DATES DEL
Plan: Dorado	DATOS DEL Odontopraxis Americana PACIENTE
Apellido: GERSON	D.N.I. Nº: 441236848
Nombre: IRINA	
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: 28 06 02
Domicilio: Stanic 2911	01100
Localidad: KIO COE	c. р.: 9430 ₂
Teléfono: // 3 Z 8 O 3 T	
DATOS DEL PROFESIONAL	Vestibular 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: OONEX 1	LUUUUUUUUUUUU2
1 Notalia	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D
Nombre: OTG Q 8	Vestibular 2 2 4 5 6 7 8 Vestibular 2 2 4 5 6 7 8
M.N./M.P. 2012	
Domicilio Consultorio: Moyano 160	Derecha 8
	5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
Teléfono: 02964 - 15648812	
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo OPT07 Lápiz Azul Lápiz Rojo Tratamiento a realizar Tratamiento anterio	or Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes
	tribuse in chip in



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor á Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219.	47	0	Res	\$.5		27/11	* Warra
				•			
X				10 mm			
X et l				10h			File Comments
=							

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tretamientos ir conocido por parte del Dr	a naturaleza de los tratamientos, posible
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsi asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventu	bilidad por mi incumplimiento e inacció
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	m. 9. 2012 Firma y Sello Profesional
	Tima del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

