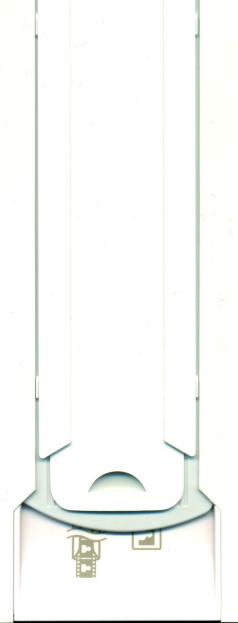
| Cobertura: Accord Dinsolv | | 1 |
|---|-----------------------|--|
| Asociado Nº: DIO 72363 JODIS | DATOS DEL | Odontopraxis Americana |
| Plan: 22 -0003 | PACIENTE | |
| Apellido: 6 Apellido: 6 | | D.N.I. Nº: 245118797 |
| Nombre: | | 31(3)35 |
| Parentesco: | Fecha de Nac | cimiento: 31(7/75 |
| Domicilio: Les Cubeles | 4 C | 9410 |
| Localidad: Ushuaio | . Provincia: | C. P.: |
| Teléfono: 15516293 | | |
| DATOS DEL PROFESIONAL | 8 7 6 5 4 | Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| Apellido: | | |
| Nombre: | 4 🔀 💆 💢 💢 | ĎĎĎĎĎĎĎĎĎŽŽď°s |
| Dr. Fernando R. Schwab | 8 / 6 5 4 | Vestibular 2 3 4 5 |
| M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 M.N. / M. P. (02901) 425016 (02901) | 5 | |
| Domicilio Consustario artín. 1684. Piso. 1. Dpto. A | Derecha 8 | 7 Izquierda |
| Provincia: | 5 4 | 3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular |
| Localidad: | | |
| Teléfono: Lápiz Azul Lápiz | | 0 |
| REFERENCIAS: Tratamiento a realizar Tratamiento | o anterior Selladores | Coronas Cantidad de Dientes existentes |
| | | |
| | | |
| | | |
| | F.Y | |
| | | |
| 7. | , , | |
| | | |
| | | |



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 | 23 | PD | R | \$15 | 1254 | 7/5/15 | The state of the s |
| 0216 | 22 | ПР | R | 115 | 1254 | 14/5/15 | |
| 0216 | ~ 2) | PD | R | 515 | \$254 | 14/5/15 | 1 Jole 1 1 |
| date of | J | | | , - B | | | |
| 18.700 E | | | | | | | |
| | | . Total | 1 | | * | | |

| Observaciones | Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamiento conocido por parte del Dr. complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Así sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la piez. | La naturaleza de los tratamientos, posib simismo, dejo expresamente exablecido que | |
|---------------|--|---|--|
| | máximo de 45 (cuarenta y cince) días díaso contrario, acepto la respo asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eve | onsabilitedirer ham the Bull Schwabaccio entual retrangimento de sprintentesible Especialista en Protesis | |
| | Firma del Paciente y N° D.N.I. | Firma y Sello Profesional | |

