



SOCIO: _____
PERIODO _____

DETALLE DE CIRUGIAS

	AFILIADO	OBRA SOCIAL	CODIGO	CANT.	CANT AYU	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

FIRMA Y SELLO _____