



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M^{de} Fatima Carvalho

Dr./a: RAMOS

Fecha de solicitud 31/12/2024

- Limpieza
- Estudio implantológico
- Ortopantomografía
- Estudio de Biocompatibilidad
- Telerradiografía
- Análisis salival
- Estudio cefalométrico
- Ausencia de piezas _____

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
		48	47	Obtcompuesta	} 4 = C
		46		Cor-imp	
		36	37	Cor-imp	} 3 = C.
		16 24		RR exo	
			27	dot simple	} puente 3 piezas
		26	24	10i + elev abierta	
			25	Corona	

16. 17 RR exo
16. 17 10i + corona + elevación abierta

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	Implantes
Opción 2	Pro 5
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Implantes
Opción 2	Pro 4
Opción 3	

Firma del Dr./a: