

1- Registro ANS 331317	3- Número da Guia Principal do Tratamento Odontológico	4- Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
5- Nome	6- Número da Carteira

Situação Inicial	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Permanentes				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação Inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:
 A - Ausente
 E - Extração Indicada
 H - Hírido
 C - Cariado
 R - Restaurado

9- Sinais clínicos de doença periodontal ?
 Sim Não

10- Alteração dos tecidos moles?
 Sim Não

11- Observação / Justificativa

12 - Local e Data	13 - Assinatura do Cirurgião Dentista	16 -Local , Data e Carimbo da Empresa
14 -Local e Data	15 - Assinatura Beneficiário / Responsável	

1- Registro ANS 331317	3- Número da Guia Principal do Tratamento Odontológico	4- Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

5- Nome	6- Número da Carteira
---------	-----------------------

Situação Inicial

Situação Inicial																	
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Situação Inicial																	

LEGENDA E OBSERVAÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:

A - Ausente
E - Extração Indicada
H - Hírido
C - Cariado
R - Restaurado

9- Sinais clínicos de doença periodontal ?

↔ Sim ↔ Não

10- Alteração dos tecidos moles?

↔ Sim ↔ Não

11- Observação / Justificativa

12 - Local e Data	13 - Assinatura do Cirurgião Dentista	16 -Local , Data e Carimbo da Empresa
14 -Local e Data	15 - Assinatura Beneficiário / Responsável	

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
SITUAÇÃO INICIAL

1- Registro ANS
331317

3- Número da Guia Principal do Tratamento Odontológico

4- Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5- Nome

6- Número da Carteira

Situação Inicial

Situação Inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação Inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:

- A - Ausente
- E - Extração Indicada
- H - Hírido
- C - Cariado
- R - Restaurado

9- Sinais clínicos de doença periodontal ?

Sim Não

10- Alteração dos tecidos moles?

Sim Não

11- Observação / Justificativa

12 - Local e Data

____/____/____

13 - Assinatura do Cirurgião Dentista

16 -Local , Data e Carimbo da Empresa

14 -Local e Data

____/____/____

15 - Assinatura Beneficiário / Responsável

____/____/____