



ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
------------------	------------------------------

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira	5 - Plano	6 - Empresa	7 - Data Validade da Carteira
_____	_____	_____	____/____/____
8 - Nome		9 - Telefone	10 - Nome do titular do plano
_____		(____)____-____	_____

Dados do Contratado

11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	12 - Nome do Contratado	13 - Número no CRO	14 - UF	15 - Código CNES
_____	_____	_____	_____	_____
16 - Nome do Profissional		17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S
_____		_____	_____	_____

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																		

20 - Sinais clínicos de doença periodontal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	21 - Alteração dos tecidos moles? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

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

22 - Observação

23 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	25 - Data, local e Carimbo da Empresa
____/____/____	____/____/____	____/____/____