VALE

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador _____

1 - Registro ANS
|___|___|___|___|___|___|

3 - Número da Guia Principal de 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 observações sobre a situação inicial

8 -Situação inicial

A -Ausente E -Extração Indicada H -Hígido 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
_____

14 - Local e Data
|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável
_____

16 – Local, Data e Carimbo da Empresa

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

ANS - nº 345695