MOGIDONTO

# ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
# SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
|_3_|_5_|_4_|_7_|_4_|_1_|

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