

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

**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

16 - Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável