



**Paniquar**

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

MANUAL DAS GUIAS TISS

# Anexo de situação inicial (odontologia)

Registro da situação inicial da boca do beneficiário (dentes presentes, ausentes, cariados, restaurados e outros) antes do tratamento odontológico.

---

**Francisco Paniquar Gatto** · no setor de saúde desde 2002 · versão de 14/10/2026

Versão sempre atualizada em **paniquar.com**. Uso livre em treinamentos com citação da fonte · CC BY-NC 4.0 · paniquar.com.

## Anexo de situação inicial (odontologia)

Registro da situação inicial da boca do beneficiário (dentes presentes, ausentes, cariados, restaurados e outros) antes do tratamento odontológico.

### Pontos de atenção

- A situação de cada dente segue a tabela de domínio de situação inicial do dente.
- Esse registro é a referência da auditoria para validar os procedimentos cobrados depois.

### Campos (16)

#### 1 Registro ANS

Texto · até 6 caracteres

Obrigatório

Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

**Regra:** Obrigatório.

#### 2 Número do anexo no prestador

Texto · até 20 caracteres

Obrigatório

Número que identifica o anexo no prestador de serviços.

**Regra:** Obrigatório.

É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.

#### 3 Número da guia principal de tratamento odontológico

Texto · até 20 caracteres

Obrigatório

Número da guia principal

**Regra:** Obrigatório.

#### 4 Número da guia atribuído pela operadora

Texto · até 20 caracteres

Condicionado

Número que identifica a guia atribuído pela operadora.

**17 Nome social**

Texto · até 70 caracteres

Condicionado

Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.

**Regra:** Condicionado.

Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

**5 Nome do beneficiário**

Texto · até 70 caracteres

Obrigatório

Nome do beneficiário

**Regra:** Obrigatório.

**6 Número da carteira do beneficiário**

Texto · até 20 caracteres

Obrigatório

Número da carteira do beneficiário na operadora

**Regra:** Obrigatório.

## 7 Identificação do dente

Texto · até 2 caracteres

Obrigatório

Código de identificação do dente de acordo com a tabela de domínio nº 28.

**Regra:** Obrigatório.

### Valores aceitos (tabela de domínio 28, dentes):

|    |                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------|
| 11 | Incisivo Central Superior Direito                              |
| 12 | Incisivo Lateral Superior Direito                              |
| 13 | Canino Superior Direito                                        |
| 14 | Primeiro Pré-molar Superior Direito                            |
| 15 | Segundo Pré-molar Superior Direito                             |
| 16 | Primeiro Molar Superior Direito                                |
| 17 | Segundo Molar Superior Direito                                 |
| 18 | Terceiro Molar Superior Direito                                |
| 19 | Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito  |
| 21 | Incisivo Central Superior Esquerdo                             |
| 22 | Incisivo Lateral Superior Esquerdo                             |
| 23 | Canino Superior Esquerdo                                       |
| 24 | Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo                           |
| 25 | Segundo Pré-molar Superior Esquerdo                            |
| 26 | Primeiro Molar Superior Esquerdo                               |
| 27 | Segundo Molar Superior Esquerdo                                |
| 28 | Terceiro Molar Superior Esquerdo                               |
| 29 | Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo |
| 31 | Incisivo Central Inferior Esquerdo                             |
| 32 | Incisivo Lateral Inferior Esquerdo                             |
| 33 | Canino Inferior Esquerdo                                       |
| 34 | Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo                           |
| 35 | Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo                            |
| 36 | Primeiro Molar Inferior Esquerdo                               |
| 37 | Segundo Molar Inferior Esquerdo                                |
| 38 | Terceiro Molar Inferior Esquerdo                               |
| 39 | Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo |
| 41 | Incisivo Central Inferior Direito                              |
| 42 | Incisivo Lateral Inferior Direito                              |
| 43 | Canino Inferior Direito                                        |
| 44 | Primeiro Pré-molar Inferior Direito                            |
| 45 | Segundo Pré-molar Inferior Direito                             |
| 46 | Primeiro Molar Inferior Direito                                |
| 47 | Segundo Molar Inferior Direito                                 |

|    |                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------|
| 48 | Terceiro Molar Inferior Direito                               |
| 49 | Dente Permanente Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito |
| 51 | Incisivo Central Decíduo Superior Direito                     |
| 52 | Incisivo Lateral Decíduo Superior Direito                     |
| 53 | Canino Decíduo Superior Direito                               |
| 54 | Primeiro Molar Decíduo Superior Direito                       |
| 55 | Segundo Molar Decíduo Superior Direito                        |
| 59 | Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Direito    |
| 61 | Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo                    |
| 62 | Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo                    |
| 63 | Canino Decíduo Superior Esquerdo                              |
| 64 | Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo                      |
| 65 | Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo                       |
| 69 | Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Superior Esquerdo   |
| 71 | Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo                    |
| 72 | Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo                    |
| 73 | Canino Decíduo Inferior Esquerdo                              |
| 74 | Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo                      |
| 75 | Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo                       |
| 79 | Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Esquerdo   |
| 81 | Incisivo Central Decíduo Inferior Direito                     |
| 82 | Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito                     |
| 83 | Canino Decíduo Inferior Direito                               |
| 84 | Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito                       |
| 85 | Segundo molar Decíduo Inferior Direito                        |
| 89 | Dente Decíduo Supranumerário em Hemi-arco Inferior Direito    |

## 8 Situação dentária inicial

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Situação dentária inicial do paciente, referente a cada elemento dentário de acordo com a tabela de domínio nº 44.

**Regra:** Obrigatório.

**Valores aceitos (tabela de domínio 44, situação dentária inicial):**

|   |                   |
|---|-------------------|
| H | Hígido            |
| E | Extração indicada |
| A | Ausente           |
| C | Cariado           |
| R | Restaurado        |

**9 Sinais clínicos de doença periodontal**

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais

**Regra:** Obrigatório.

**10 Indicador de alteração dos tecidos moles**

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Indicador de alteração dos tecidos moles

**Regra:** Obrigatório.

**11 Observação / Justificativa**

Opcional

Texto · até 500 caracteres

Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário

**Regra:** Opcional.

**12 Local e Data**

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Local e Data preenchido pelo profissional que executou o procedimento

**Regra:** Condicionado. Deve ser preenchido na utilização da contingência em papel.

**13 Assinatura do cirurgião-dentista executante**

Obrigatório

Assinatura do profissional que executou o procedimento.

**Regra:** Obrigatório.

**14 Local e Data**

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Local e data preenchido pelo Beneficiário ou responsável