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 19/10/2026
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

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

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

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

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

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia principal

Regra: Obrigatório.

4 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia atribuído pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que identifica a guia no prestador.

17 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

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

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

6 Número da carteira do beneficiário

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

7 Identificação do dente

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

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

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

15 Assinatura do beneficiário ou responsável

Obrigatório

Assinatura do beneficiário ou responsável.

Regra: Obrigatório.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/anexo-de-situacao-inicial/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.