



# MANUAL PARA **LANÇAR** **GUIA**

## Como lançar guia no site Odontolife

Para solicitar uma guia de tratamento, é necessário que o dentista acesse o site Odontolife: <https://www.odontolifeodontologia.com.br/credenciado> com o seu CRO para login e senha. Em seguida, na página inicial, o dentista deverá selecionar a opção **“Consulta / Liberação de GTO”**.



Após selecionar esta opção o dentista será direcionado para o Unioweb - Sistema Integrado Odontológico: <https://www.unioweb.com.br/Odonto/Trade.do>

Para prosseguir com o lançamento, você precisa identificar se o paciente é um beneficiário ODONTOLIFE, DENTALUNI ou UNIMEDFERJ:



Para lançar guia para beneficiário **ODONTOLIFE**: Atendimento > Guia > Guia

Para lançar guia para beneficiário **DENTALUNI e/ou UNIMED FERJ**: Atendimento > Rede Prestadora > Rede Prestadora - Usuário Externo

0 0 0

pt



Em seguida, o dentista irá preencher o campo **Código do Beneficiário** digitando o número da carteirinha do beneficiário.

Ao clicar fora do campo ou pressionar a tecla <TAB>, os demais dados do beneficiário serão carregados automaticamente e ocultados. Clique no botão Dados do Beneficiário para exibi-los. Clique novamente no botão para ocultar os dados do beneficiário.

**Dados do Cirurgião Dentista**

CRO	Nome
99999	PR DENTISTA DE EXEMPLO TESTE

**Beneficiário**

Código Beneficiário	Nome	CPF	Dados do Beneficiário
00202503800400046201	TESTE ANA SEXTA	04731642990	<b>Dados do Beneficiário</b>

**Situação Atual do Paciente**

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

A Ausente  C Cariado  E Extração Indicada  H Hígido  N Não Eruptado  RA Restaurado Amálgama  RP Restaurado Prótese  
 RR Restaurado Resina

O próximo passo é o preenchimento do **“Odontograma”**, ou **“Situação Atual do paciente”**, que deverá ser preenchida de acordo com a real situação da cavidade bucal do beneficiário (**Preenchimento opcional**).

Para o preenchimento, basta clicar sobre o status na legenda logo abaixo do odontograma e clicar sobre o elemento a ser alterado. Quando concluir, clique em **“Confirmar”**. (Caso não queira preencher, clique em **“Confirmar sem a situação atual”**)

O botão **Remover** alterações apaga as alterações realizadas no odontograma e permite que o processo seja refeito.

**Situação Atual do Paciente**

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

A Ausente  C Cariado  E Extração Indicada  H Hígido  N Não Eruptado  RA Restaurado Amálgama  RP Restaurado Prótese  
 RR Restaurado Resina

Observação da Situação Atual

Remover alterações  Confirmar  Confirmar sem a situação atual

Ao confirmar, a guia será registrada no sistema e a partir deste momento ela terá um número que a identifica e um status. Essa guia possui uma data de criação e de validade.

**ATENÇÃO:** Toda guia no sistema tem validade de até 60 dias. Após 60 dias, a guia será cancelada automaticamente, impossibilitando o seu pagamento.

**Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)**

Guia: 733949 Status: ABERTO Data Criação: 07/10/2021 Validade: 05/01/2022

**Dados do Cirurgião Dentista**

CRO 99999	PR	Nome DENTISTA DE EXEMPLO TESTE	
--------------	----	-----------------------------------	--

**Beneficiário**

**Dados do Beneficiário**

Código Beneficiário 00202503800400046201	Nome TESTE ANA SEXTA	Data Nascimento 29/07/2015	Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA	Plano POS REDE PRESTADORA
---	-------------------------	-------------------------------	--	------------------------------

**Novo Ato**

Código	Procedimento	
--------	--------------	--

**Incluir Imagens** **Visualizar Imagens**

No próximo passo, o profissional realizará a inclusão dos procedimentos necessários informando o código (códigos dos procedimentos disponíveis no Manual de Instruções Técnicas).

*Procedimentos que envolvam mais de uma arcada, hemiarcada ou segmento poderão ser lançados de uma única vez. Para tanto, clique nas regiões necessárias para selecioná-las.*

Digite o código do procedimento no campo **“Código”**. Para localizar um procedimento pelo nome, utilize o campo **“Procedimento”** e clique no botão **“Lupa”** à direita do campo. O sistema localizará um procedimento mesmo que você forneça apenas uma parte do nome do procedimento.

**Novo Ato**

Código	Procedimento	
--------	--------------	--

É necessário a inclusão de justificativa para alguns procedimentos, como por exemplo a Radiografia Panorâmica (em casos de clínicas radiológicas), entre outros.

Esse processo deverá ser repetido para cada ato necessário para o tratamento do beneficiário.

*Caso você tenha incluído algum procedimento por equívoco, clique no botão "X" na linha do procedimento para removê-lo.*

O dentista deverá clicar em **"Adicionar"** para que o procedimento seja incluso na guia:

Código	Procedimento	Valor
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	R\$ 15,30

O dentista poderá incluir em uma mesma guia até 14 procedimentos. Após a inclusão dos procedimentos é necessário clicar no botão **"Validar Atos"**, caso contrário, será cancelada automaticamente após 24 horas de sua criação.

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagen	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia	Ação
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			R\$ 15,30	34	X		
Total Orçado				R\$ 15,30	34			

Após a validação, o status da guia será atualizado:

- “Pendente de Liberação e Intercâmbio”: a guia está em análise.
- “Pendente de Ato Complementar”: o procedimento não é coberto pelo plano ou está em carência.

O dentista deverá aguardar a liberação da guia que terá duração mínima de 20 minutos e máxima de 48 horas. Para saber se houve a liberação da guia você precisa consultar a ouvinte ou sugerir a opção que o paciente que olege seu App.

Quando estiver liberada, o status da guia será alterado para **“Aguardando Token do Beneficiário”**.

Após estar **“Autorizada”**, o dentista deverá imprimir a guia de tratamento. A guia possui campos obrigatórios que precisam ser preenchidos:

**Campo 40 e 42:** Deve ser datado e assinado pelo Paciente toda vez que ele for no consultório realizar um procedimento; (pode ser rubrica)

**Campo 50 e 51:** Deve ser datado, carimbado e assinado pelo dentista somente no último dia de tratamento;

**Campo 52:** Deve ser datado e assinado pelo paciente somente no último dia de tratamento; (Assinado corretamente) nome do beneficiário

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO												580618 INTERCÂMBIO											
1-Seguro ANS 406414	2-Código de Endereço da Guia 1 0 1 0 1 6 1 2 1 1	3-Código de Autorização 1 1 6 1 0 6 1 2 1 1	4-Sentido AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8885996	6-Código Validade da Série 1 0 8 1 0 9 1 2 1 1																		
Dados do Beneficiário:																							
10-Nome BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO			11-Sexo 01/01/1980			12-Profissão DENTISTA DE EXEMPLO			13-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA			14-Telefone (11) 1111-1111			15-Cidade BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO								
Dados do Consultório Responsável pelo Tratamento:																							
16-Nome e CRM N			17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO			18-Número do CRM 99999			19-UF PR			20-Código CRM/ S 025-			21-Nome da Operadora / CNPQ / CPPE 1 5 1 4 1 1 7 8 9 6 5								
22-Nome do Consultor Executivo DENTISTA DE EXEMPLO												23-Número do CRM 99999			24-UF PR			25-Código CNCS					
26-Nome do Profissional Executivo DENTISTA DE EXEMPLO												27-Número do CRM 99999			28-UF PR			29-Código CRM/ S Enviar - RX (11) 85100200					
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado:																							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descricao	33-Demar-Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aul	40-Dia de Realização	41- Mês/ Ano de Gávea	42-Antecedentes											
1 0 1 0 1 8 1 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3 4	0 0	0 0 0																
2 0 1 0 1 8 1 5 1 0 0 2 0 1 0 1		RESTAURAÇÃO RESINA	36	DM	1	8 4 0 0	1 0 0																
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
39-Caso Possível Término do Tratamento												40-Tipo de Atendimento		41-Tipo de Faturamento		42-Total Quantidade US		43-Valor Total RS		44-Total Franquia / Co-participação RS			
												1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodôntico 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1 1 1 1 2 1 0 0		1 0 0 0 0					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os preços, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro: (não que o(s) procedimento(s) acima(s) acima(s), e por mim executado(s), fôr(em) realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a assinar com os mesmos conforme previsto em contrato.												45-Cooperativo											
46-Caso, instar Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante												47-Caso, instar Assinatura do Consultor-Dentista		48-Caso, instar Assinatura do Beneficiário / Responsável		49-Caso, instar Assinatura do Consultor-Dentista							

***Após os todos os procedimentos da guia serem executados, a mesma deve ser enviada para pagamento na produção através do App Odontolife.***



[WWW.ODONTOLIFEODONTOLOGIA.COM.BR](http://WWW.ODONTOLIFEODONTOLOGIA.COM.BR)