



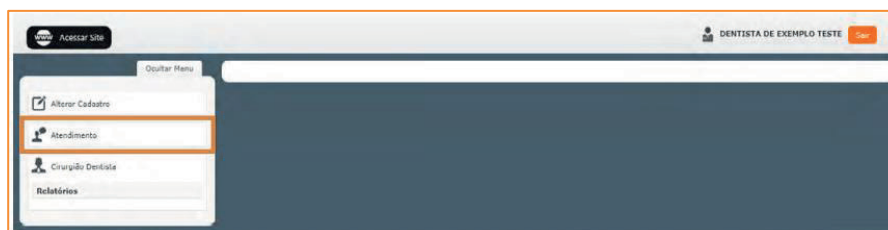
MANUAL PARA
***LANÇAMENTO
DE GUIA***

| PARA REALIZAR A SOLICITAÇÃO DE UMA GUIA NO SISTEMA

- No menu “Autoatendimento”, clique na opção “**Consulta/Liberação de GTO**”.



Você será direcionado para a tela abaixo:



Bem-vindo! Este é o **Sistema Integrado Odontológico da Odontolife – SIO**. É um sistema simples, prático e seguro.

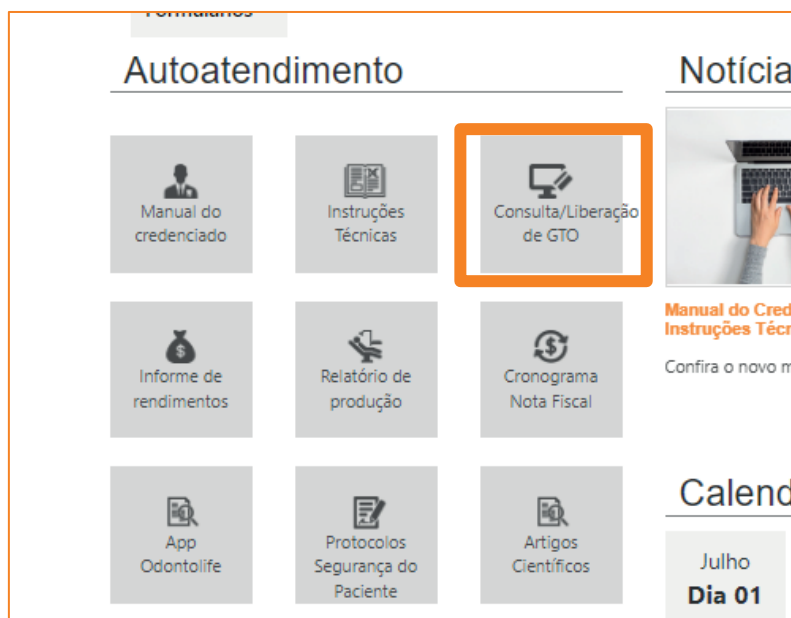
O menu de ações está do lado esquerdo da tela. Nele você poderá escolher qual tela do sistema deseja exibir. Estas telas estão organizadas em módulos:

- **Alterar Cadastro:** neste módulo você poderá conferir os seus dados cadastrais, corrigir determinadas informações e alterar a senha de acesso ao sistema.
- **Atendimento:** neste módulo você poderá criar guias para atendimento de beneficiários (beneficiário Odontolife e de Empresas parceiras – Interoperação), acompanhar o andamento das liberações e processar as guias de recursos de glosas.
- **Cirurgião-Dentista:** neste módulo você terá acesso ao relatório de produção e ao aviso de crédito. Nas próximas seções, apresentaremos cada uma destas possibilidades. Após conhecer a tela inicial do Sistema, vamos dar continuidade a solicitação de uma guia de tratamento:

IMPORTANTE: Para lançar a guia corretamente, identifique por meio da carteirinha qual a operadora que o beneficiário pertence. Lembrando que, você poderá atender os pacientes: **OdontoLife e das Parceiras DentalUni e SESI Viva+.**

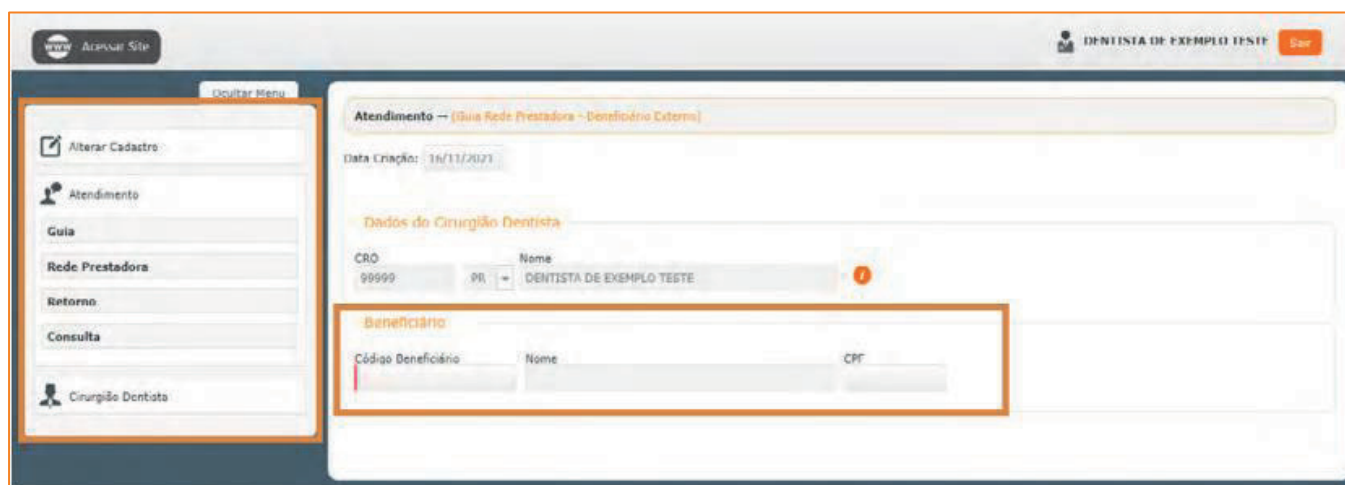
| ATENDIMENTO BENEFICIÁRIO ODONTOLIFE

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



Para a solicitação da guia selecione a opção “Atendimento” > “Guia” > “Guia”.

No campo **Código do Beneficiário**, digite o **número do cartão do beneficiário**. Ao clicar fora do campo ou pressionar a tecla **TAB**, os demais dados do beneficiário serão carregados automaticamente.



O próximo passo é o preenchimento da **Situação Atual do Paciente**. Este odontograma deverá ser preenchido de acordo com a atual situação da cavidade bucal do beneficiário.

Para o preenchimento, basta clicar sobre o status, na legenda logo abaixo, e clicar sobre o elemento a ser alterado. Quando concluir o preenchimento de todos os elementos, clique em **Confirmar**.

Beneficiário

Código Beneficiário: 00202503800400046201 Nome: TESTE ANA SEXTA CPF: 04731642990 [Dados do Beneficiário](#)

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

☐ Ausente ☐ Cariado ☐ Extração Indicada ☐ Higido ☐ Não Eruptado ☐ Restaurado Amálgama ☐ Restaurado Prótese ☐ Restaurado Resina

Observação da Situação Atual

[Remover alterações](#) [Confirmar](#) [Confirmar sem a situação atual](#)

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

Caso não haja alterações no preenchimento da situação atual clique em **Confirmar sem a situação atual**, em seguida confirme.

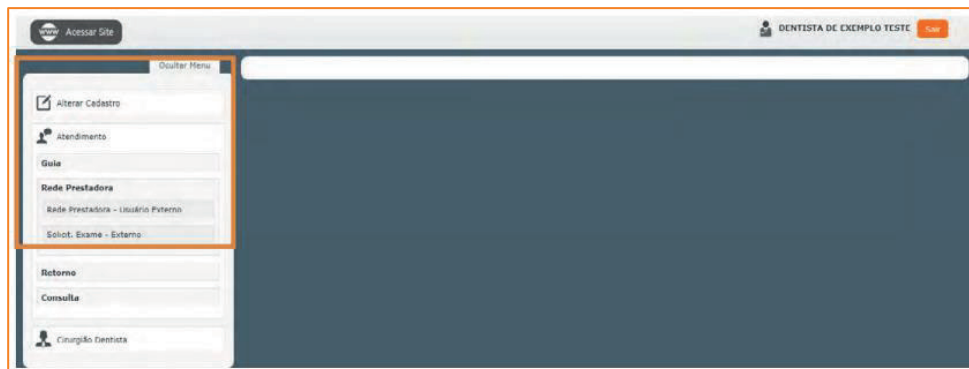
Mensagem

Deseja incluir esta guia sem vinculá-la a uma Situação Atual?

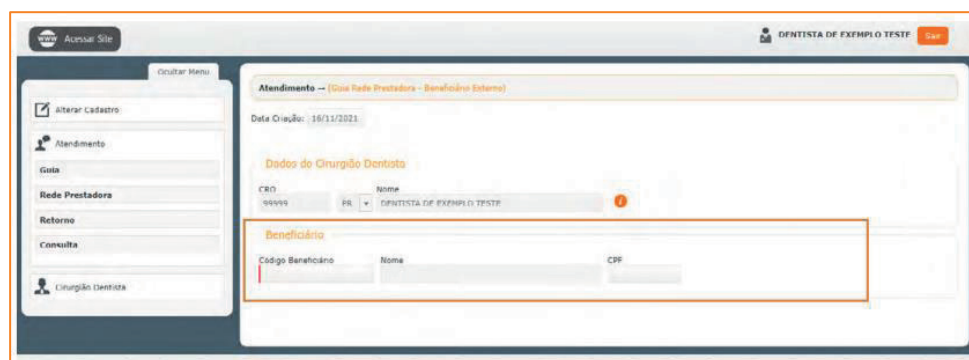
[Sim](#) [Não](#)

| ATENDIMENTO BENEFICIÁRIO INTEROPERADORAS - REDES PARCEIRAS

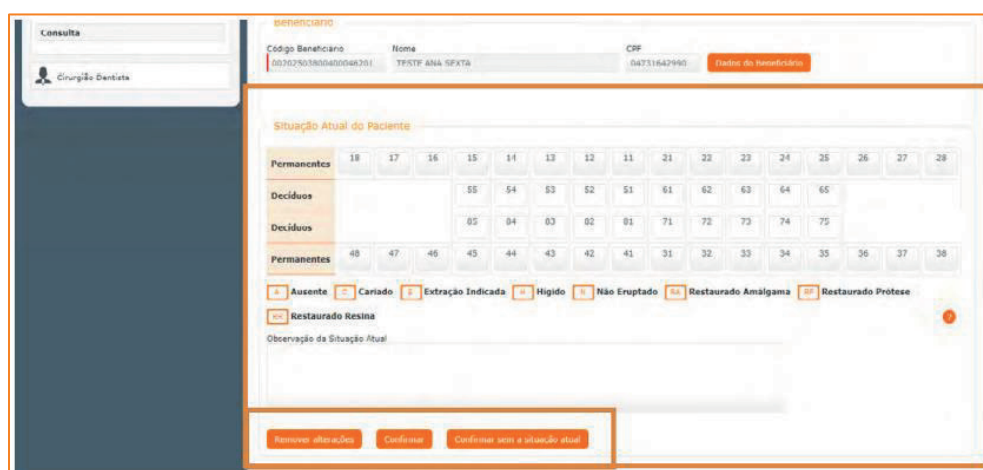
A solicitação de guias para a rede parceira será realizada no menu “Atendimento” > “Rede Prestadora” > “Rede Prestadora – Usuário Externo”.



No campo **Código do Beneficiário**, digite o **número do cartão do beneficiário**. Ao clicar fora do campo ou pressionar a tecla **TAB**, os demais dados do beneficiário serão carregados automaticamente.

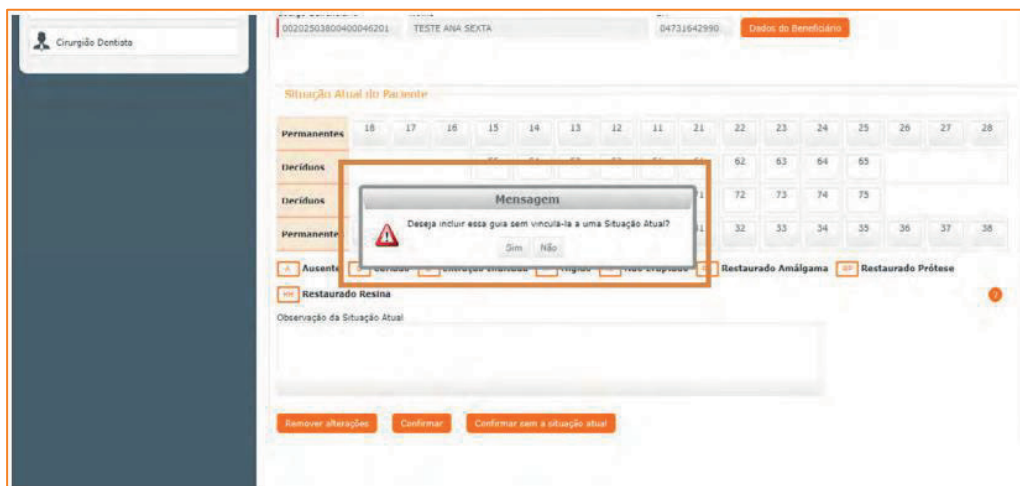


O próximo passo é o preenchimento da **Situação Atual do Paciente**. Este odontograma deverá ser preenchido de acordo com a atual situação da cavidade bucal do beneficiário. Para o preenchimento, basta clicar sobre o status, na legenda logo abaixo, e clicar sobre o elemento a ser alterado. Quando concluir o preenchimento de todos os elementos, clique em **Confirmar**.



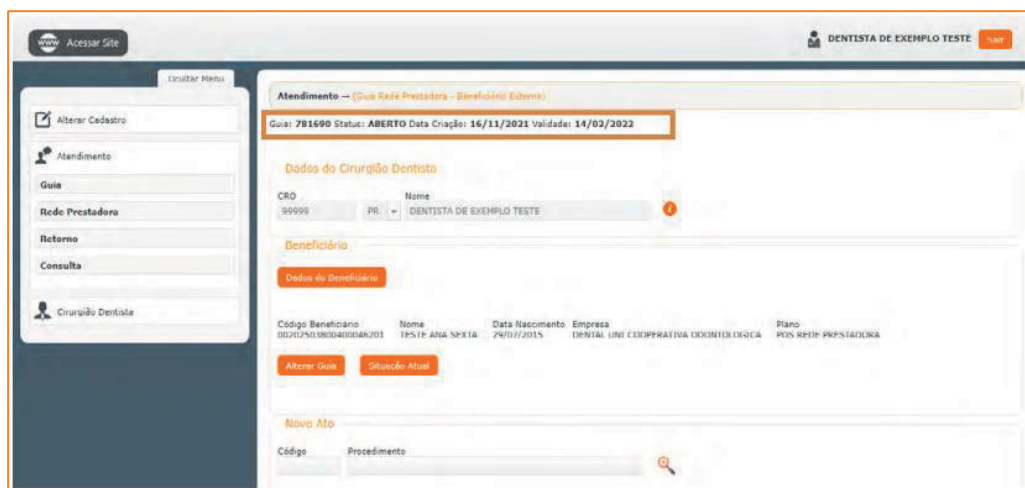
O botão **Remover Alterações** apaga as alterações realizadas no odontograma e permite que o processo seja refeito.

Caso não haja alterações no preenchimento da situação atual clique em **Confirmar sem a situação atual**, em seguida confirme.




| ABERTURA DA GUIA

Ao confirmar os dados do beneficiário, a guia será registrada no sistema e a partir deste momento ela terá um número que a identifica. **Esse é o número da guia.**



ATENÇÃO: Toda guia no sistema tem validade de 90 dias (data de validade da guia consta no campo 07 da GTO). Após este prazo a guia será cancelada automaticamente, impossibilitando o seu pagamento. A guia deve ser faturada dentro do prazo de validade. **Esteja atento!**

| INSERINDO OS PROCEDIMENTOS NA GUIA

Digite o código do procedimento no campo **Código** e pressione a tecla (ou clique fora do campo). Você também pode localizar um procedimento pelo nome. No campo **Procedimento** digite a **nomenclatura do procedimento** e clique no botão **Lupa**  à direita do campo. O sistema localizará um procedimento mesmo que você forneça apenas uma parte do nome. Esse processo deve ser repetido para cada ato necessário para o tratamento do beneficiário.




Novo Ato

Código: Procedimento:

Incluir Imagens Visualizar Prontuário Beneficiário

Declaração de Comparecimento

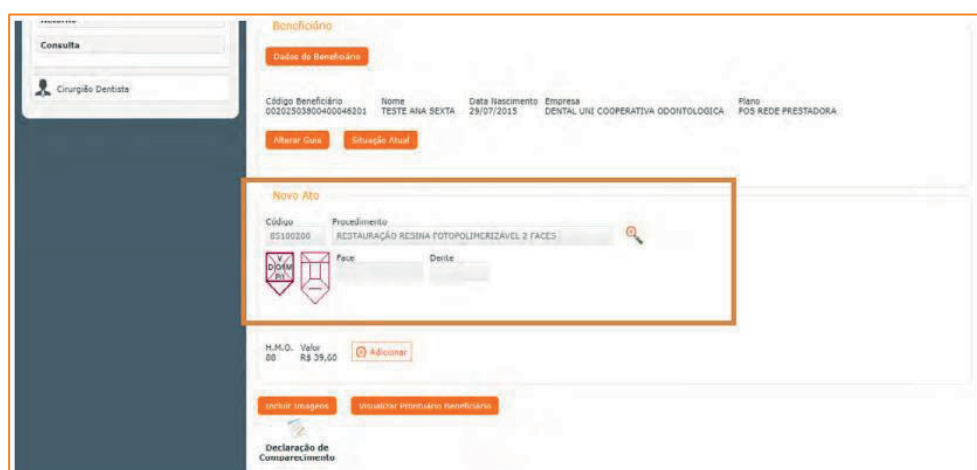
Assim que localizado o ato, clique no ícone de confirmação  ao lado direito e em seguida no botão **“ADICIONAR”** para que o mesmo seja fixado na guia.



Atos

Código	Cód. especial	Procedimento	
81000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>
81000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA 24HS	<input checked="" type="checkbox"/>
81000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	<input checked="" type="checkbox"/>
81000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>
81000073		CONSULTA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	<input checked="" type="checkbox"/>
81000090		CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	<input checked="" type="checkbox"/>

Alguns procedimentos irão exigir seleção dos segmentos em que serão efetuados. Esse processo deverá ser repetido para cada ato necessário para o tratamento do beneficiário.



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário: 0020250380400046201 Nome: TESTE ANA SEXTA Data Nascimento: 29/07/2015 Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA Plano: POS REDE PRESTADORA

Alterar Dados Situação Atual

Novo Ato

Código: 82100200 Procedimento: RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

Face: Dente:

H.M.O. Valor: 00 R\$ 35,00 Adicionar

Incluir Imagens Visualizar Prontuário Beneficiário

Declaração de Comparecimento

Conforme a aplicação do procedimento, o sistema solicitará informações extras para descrever corretamente o ato. Por exemplo, para restaurações será necessário informar o número do elemento e as faces envolvidas. Utilize a representação do elemento para determinar a face.

Procedimentos que envolvam mais de uma arcada, hemiarcada ou segmento poderão ser lançados de uma única vez. Para tanto, clique nas regiões necessárias. Caso você tenha incluído algum procedimento por equívoco, clique no botão “X” na linha do procedimento em questão.

Quando estiver satisfeito com o plano de tratamento, clique em **Validar Atos**, conforme a figura abaixo:

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia	Cancelar
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	X		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO				140	X		
85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Raio X Inicial	28-D,H		88	X		
Total Orçado					262			

Em uma mesma guia podem ser inseridos até **14 procedimentos**. Se o plano de tratamento demandar mais procedimentos, será necessário abrir uma nova guia.

Importante: A Consulta inicial tem como finalidade elaborar o plano de tratamento do beneficiário. Neste momento é importante orientar o paciente sobre os procedimentos que serão realizados, bem como explicar a necessidade e importância de realizá-los. Neste momento também é fundamental orientar o paciente das rotinas de atendimento do consultório como horários de atendimentos, agendamentos, cancelamentos de consultas e cobranças de faltas sem justificativa.

| LIBERAÇÃO DA GUIA

Após a validação dos atos, a guia irá assumir o status **“Pendente de liberação de intercâmbio”**.

Isto indica que a guia está em análise. Conforme regulamentação da ANS, a operadora tem o prazo de até 07 (sete) dias úteis para liberação de guias.

O dentista deverá aguardar a liberação da guia para executar os procedimentos. Quando estiver liberada, o status da guia será alterado para **“Aguardando Token do Beneficiário”** (Verificar manual de envio de token).


Após estar **“Autorizada”**, o dentista deverá imprimir a guia de tratamento. Para imprimir, basta clicar na opção “Guia de Tratamento”, conforme ilustrado a imagem abaixo.

85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Raio X Inicial	36-D,L	R\$ 39,60	88	Autorizado		<button>Cancelar</button>
Total Orçado				R\$ 39,60	88			


Cancelar Guia

AC Ato - Complementar
 PP Pós Pagamento
 AEC Carência
 ACO Co-participação
 ATR Transferidos

Imagens da Guia
Justificativas





Declaração de
Comparecimento



Guia de
Tratamento

Após a realização do exame, o beneficiário data e assina nos **campos 40, 42 e 52** da guia e o profissional executante inclui sua assinatura, data e carimbo nos **campos 50 e 51**.

		GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO										
<small>tranquilidade para você sorrir</small>												
1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	3-Data de Autorização 11/01/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Original 8685996	6-Data Válida da Série 11/01/2012	580618 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário:												
Endereço da Clínica: 0 0 2 0 2 0 5 3 8 2 4 1 5 0 0 0 0 0 1 0 1		8-Plano: POS REDE PRESTADORA	9-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira: / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde:							
13-Nome: BENEFICIÁRIO TESTE TREINAMENTO		14-Telação: 01/01/1980	15-Nome do Bêbê do plano: BENEFICIÁRIO TESTE TREINAMENTO									
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento:												
16-Aprendizado a RV: N	17-Nome do Profissional Solicitante: DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CBO: 99999	19-LF: PR	20-Código CBO S: 025	21-Faturar Empresa: Enviar - RX () 85100299							
22-Código de Operadora (CNF) / CPF: 57417888965	23-Nome do Contratado Excedente: DENTISTA DE EXEMPLO	24-Número no CBO: 99999	25-LF: PR	26-Código CBO S: 025								
28-Nome do Profissional Excedente: DENTISTA DE EXEMPLO	29-Número no CBO: 99999	30-LF: PR	31-Código CBO S: 025									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:												
32-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centre/Région	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Ausultura
1	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	0,01	0,01				
2	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DM	1	8	0,08	0,08				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tratamento Odontológico 3-Course Redução 3-Ortodontia 4-Ortodontia/Correção		46-Tipo de Tratamento	47-Total 3-Parcela	48-Total Quantidade US	49-Valor Total RS	50-Valor Total RS	51-Valor Total RS	52-Total Franquia/Co-participação RS		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não (procedimento) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), sofrer(em) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a acatar com os custos conforme previsto em contrato.												
Assinatura:												

53-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante			54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			55-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável			56-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável			
/ /			/ /			/ /			/ /			

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

