

LANÇAMENTO DE GUIAS





CARTÃO BLOQUEADO ?
Para desbloquear
clique aqui !

Encontre seu dentista
Buscar 

Baixe o aplicativo
Download



Login

Selecione

Selecione a opção dentista



Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.



UF Login Senha

[Esqueci minha senha](#)

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Selecione a UF (N° do cro) (N° do cro) Clique em ok

Serviços rápidos ▾

Plano de tratamento ▾

Formulários ▾

Manuais ▾

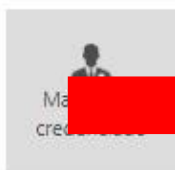
Tabelas ▾

CNES ▾

SAD - Meus Protocolos

Autoatendimento

Declaração de INSS



Meu perfil



Relatório de produção



Liberação de GTO



Informe de rendimentos



Relatório de produção



Recurso de glosa



Consulta de GTO



Protocolos Segurança do Paciente



Artigos Científicos



Site moderno e fácil de usar



Alteração nas datas de entrega e pagamento da produção



Saiba como fazer a sua entrega de produção online!

Entrega de Produção Maio 2020

Maio
Dia 04

Junho
Dia 01

Julho
Dia 01

Agosto
Dia 03

Setembro
Dia 01

Outubro
Dia 01

Novembro
Dia 02

Dezembro
Dia 01

Classificados

Eventos

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows.

Ocultar Menu

Alterar Cadastro

Atendimento

Cirurgião Dentista

Atendimento → Página Inicial

Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Consulta

Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Rede Prestadora - Usuário Externo

Solicit. Exame - Externo

Ocultar Menu

 Alterar Cadastro

 Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Consulta

 Cirurgião Dentista

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Data: 06/05/2020

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

PR

Nome

DENTISTA DE EXEMPLO



Beneficiário

Código Beneficiário

Nome

CPF

Insira o nº da carteirinha do beneficiário

Consulta



Cirurgião Dentista

Beneficiário

Código Beneficiário

00202503800400031901

Nome

BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI

CPF

88373562508

Dados do Beneficiário

Situação Atual do Paciente

* Possui imagem no prontuário

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

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

Preencha o odontograma

Observação da Situação Atual

Remover alterações

Confirmar

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows.



Acessar Site



DENTISTA DE EXEMPLO

Sair

Ocultar Menu



Alterar Cadastro



Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Consulta



Cirurgião Dentista

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: **310761** Status: **ABERTO** Data: 06/05/2020

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

PR



Nome

DENTISTA DE EXEMPLO



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário

00202503800400031901

Nome

BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI

Data Nascimento

20/02/1970

Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA

Plano

POS REDE PRESTADORA

Alterar Guia

Situação Atual

Novo Ato

Código

Procedimento

RESTAURACAO



Pode buscar o procedimento pelo código ou pelo nome

Dados do Beneficiário

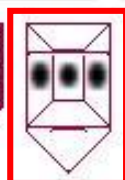
Código Beneficiário 00202503800400031901 Nome BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI Data Nascimento 20/02/1970 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA Plano POS REDE PRESTADORA

Alterar Guia

Situação Atual

Novo Ato

Código 85100218 Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES



Face
D,M,O/I

Dente
44

1°

2°

H.M.O.
122

Adicionar

3°

Incluir Imagens

Visualizar Imagens



Declaração de
Comparecimento

Código Beneficiário
00202503800400031901

Nome
BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI

Data Nascimento
20/02/1970

Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA

Plano
POS REDE PRESTADORA

Alterar Guia

Situação Atual

Novo Ato

Código

Procedimento



Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia
85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	Não	44-D,M,O		122		
Total Orçado					122		

Validar Atos

Imagens

Justificativas



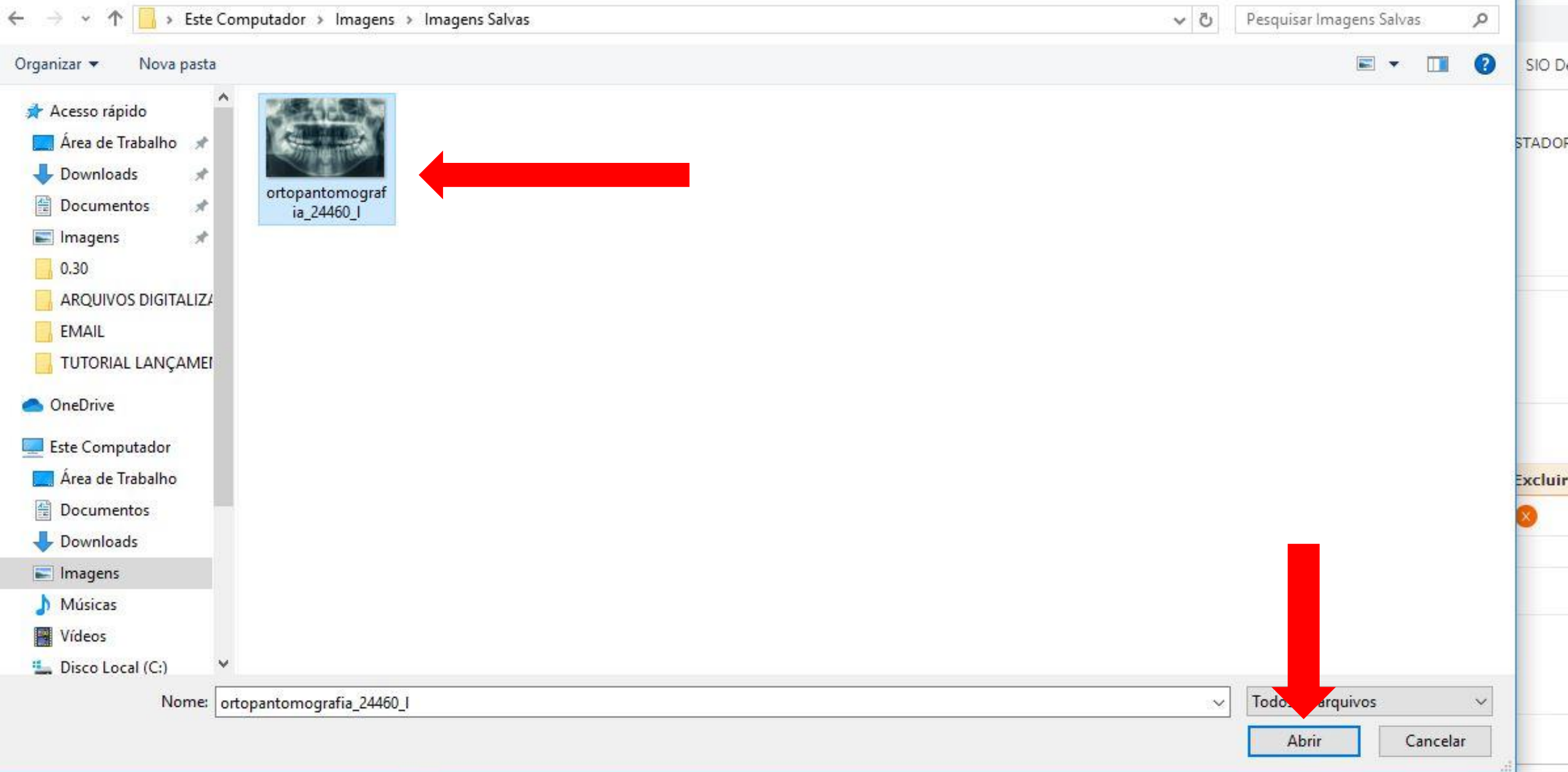
Declaração de
Comparecimento



Guia de
Tratamento

Ativar o Windows

Accessa Configurações para ativar o Windows





Selecionar



Selecionar



Selecionar



Selecionar



ortopantomografia_24.

Carregar Imagens

Depois carregue a imagem para entrar no prontuário



Declaração de
Comparecimento Tratamento



Guia de

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows.

Imagens

Justificativas

Galeria

Mensagem



A imagem foi incluída no prontuário do beneficiário e anexada à guia com sucesso.

OK



saúde do sorriso
Dentistas
sorrisos para todos



Selecionar



Selecionar



Selecionar



Selecionar



Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código		RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia
85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	Não	44-D,M,O		122		
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	Não			34		
Total Orçado					156		

Validar Atos

Após colocar na guia todos os procedimentos que serão feitos valide os atos, senão a guia permanece com o status “**aberto**” e é cancelada automaticamente em até 24 horas.



Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Ocultar Menu

Alterar Cadastro

Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Consulta

Cirurgião Dentista

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 310761 Status: **PENDENTE DE LIBERAÇÃO INTERCÂMBIO**

Mensagens SIOFast: 3453212

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

PR

Nome

DENTISTA DE EXEMPLO

Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário
00202503800400031901

Nome
BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI

Data Nascimento
20/02/1970

Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA

Plano
POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

Alterar Guia

Situação Atual

Após validar os atos a guia altera seus status como visto acima,
Aguarde a liberação que ocorre entre 20 minutos a 48 horas

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows.

Alterar Cadastro

Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Consulta

Cirurgião Dentista

Atendimento -- (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 287438 Status: AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO Data: 28/02/2023

Mensagens SIOFast: 2820473 2820497

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

PR

Nome

DENTISTA DE EXEMPLO

Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário

00202503800400031901

Nome

BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI

Data Nascimento

20/02/1970

Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA

Plano

POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

Alterar Guia

Situação Atual

Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Ga
81000421	RX PERIAPICAL	Não	RMSD		14	
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	Não			78	
Total Orçado				R\$ 0,00	92	

Informar Token

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

Após a análise, se os procedimentos forem autorizados a guia terá seu status alterado para "Aguardando Token" como visto acima

Clique para informar o Token

Token de Atendimento (Código de Segurança e Validação de Beneficiário)

O beneficiário possui contato de SMS cadastrado, com o número 41-998373039. Deseja realizar o envio para este mesmo número?

Enviar SMS

Informe o token do beneficiário para iniciar o atendimento:

Validar

Outras formas de envio:

E-mail **Beneficiário**

Você pode enviar o token para o beneficiário através de SMS ou e-mail clicando nos botões ao lado

Após ele lhe informar o código que recebeu você irá coloca-lo no campo em branco e validar

00202503800400031901 BENEFICIÁRIO TESTE DENTALUNI 20/02/1970 DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

Alterar Guia

Situação Atual

Token de Atendimento (Código de Segurança e Validação de Beneficiário)

O beneficiário possui contato de SMS cadastrado, com o número 41-998373039. Deseja realizar o envio para este mesmo número?

Reenviar SMS

Alterar Celular

Informe o token do beneficiário para ir

653591

Validar

Outras formas de envio:

E-mail

Serviço de Atendimento ao Beneficiário

Mensagem



Token validado com sucesso.

OK

Declaração de
Comparecimento Tratamento



Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Win



Acessar Site



DENTISTA DE EXEMPLO

Ocultar Menu



Alterar Cadastro



Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Consulta



Cirurgião Dentista

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 287438 Status: **AUTORIZADO**

Status atual da guia.

Mensagens SIOFast: 2820473 2820497

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

PR

Nome

DENTISTA DE EXEMPLO



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Após validar o Token a guia é **autorizada**, agora o tratamento pode ser iniciado.

Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Status	Garantia
81000421	RX PERIAPICAL	Não	RMSD		14	Autorizado	
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	Não			78	Autorizado	
Total Orçado				R\$ 0,00	92		

AC

Ato - Complementar

PP

Pós Pagamento

AEC

Carência

ACO

Co-participação

ATR

Transferidos

Imagens

Justificativas



Declaração de
Comparecimento



Guia de
Tratamento



Para imprimir a guia desça a tela e clique
em **Guia de Tratamento**, será feito o
download em formato PDF

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows.



287438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/20	4-Data de Autorização 06/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7404990	7-Data Validade da Senha 13/05/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 00202503800400031901	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BENEFICIÁRIO TESTE DENTALUNI		14-Telefone 20/02/1970		15-Data Validade da Carteira		
16-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano BENEFICIÁRIO TESTE DENTALUNI				

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO		18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57417886965		22-Nome do Contratado Executante DENTISTA DE EXEMPLO		23-Número no CRO 99999	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO		27-Número no CRO 99999		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1400	0000		S			
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0000		S			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 9200	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Campos de
preenchimento
obrigatório

Ocultar Menu

 Alterar Cadastro

 Atendimento

Guia

Rede Prestadora

Retorno

Concluir Guias

Consulta

 Cirurgião Dentista

Atendimento → (Concluir Guias)

Guia

Guia

Após o tratamento ser finalizado conclua a guia no sistema antes de enviar para a Odontolife

FIM