
COMO PREENCHER A GUIA DE TRATAMENTO?

ODONTOLIFE ODONTOLOGIA
EQUIPE DE TREINAMENTOS

COMO VISUALIZAR A GUIA?

ESTA É A GUIA DE
TRATAMENTO
ODONTOLIFE.

		GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO				2- Nº																					
1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 01/11/2020		4- Data de Autorização 02/12/2020		5- Senha AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 8107547		7- Data Validade da Senha 01/03/21		431981 INTERCÂMBIO															
Dados do Beneficiário																											
8- Número da Carteira 01020250116270000609011						9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11- Data Validade da Carteira / /		12- Número do Cartão Nacional de Saúde															
13- Nome RONALDO ROCHA DA SILVA						14- Telefone (41) 3238-6224		15- Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																											
16- Alinhamento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO				18- Número no CRO 99999		19- UF PR		20- Código CBO S 414 - Faturar Empresa																	
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 57417816965				22- Nome do Contratado Executante DENTISTA DE EXEMPLO				23- Número no CRO 99999		24- UF PR		25- Código CNES															
26- Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO						27- Número no CRO 99999		28- UF PR		29- Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																											
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		0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA						1		3400		000													
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
43- Data Previsto Término do Tratamento / /				44- Tipo de Alinhamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência				45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial				46- Total Quantidade US 3400				47- Valor Total R\$ 000				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(a) 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 esse 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 / /			

COMO VISUALIZAR A GUIA?

QUANDO A GUIA ESTÁ LIBERADA PARA EFETUAR O PROCEDIMENTO, O STATUS DELA IRÁ CONSTAR AUTORIZADO NO CAMPO 5.

NO CAMPO 7, VEREMOS A VALIDADE QUE ESTA GUIA POSSUI.

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431981
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização 02/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107547	7-Data Validade da Senha 01/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025016270000060901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA		14-Telefone (41) 3238-6224	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento					
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 414 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 57417896965		22-Nome do Contratado Executante DENTISTA DE EXEMPLO	23-Número no CRO 99999	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO		27-Número no CRO 99999	28-UF PR	29-Código CBO S	

DADOS DO
BENEFICIÁRIO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela 10081000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
2												
3												
4												
5												
6												
7												

CAMPO 32:
DESCRIÇÃO DO
PROCEDIMENTO

CAMPO 36:
VALOR DO
PROCEDIMENTO

COMO PREENCHER A GUIA?



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431981
INTERCÂMBIO

1-Registro AMB 406414	5-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização 02/11/2020	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107547	7-Data Validade da Bença 01/11/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202501627000060901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA		14-Telefone (41) 3238624	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
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	
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO	27-Número no CRO 99999	28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00181000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cld
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-A	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-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					

ESSA ASSINATURA
DEVERÁ SER
COLOCADA NA
DATA EM QUE O
PROCEDIMENTO
FOR EFETUADO.

A GUIA NÃO
DEVERÁ SER
ENVIADA SEM
ESSAS
ASSINATURAS,
CASO CONTRÁRIO,
ESTA GUIA SERÁ
GLOSADA NO
ENVIO DA
PRODUÇÃO

CAMPOS 40 E 42:
DEVEM SER
ASSINADOS E
DATADOS PELO
BENEFICIÁRIO

COMO PREENCHER A GUIA?



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431981
INTERCÂMBIO

1-Registro AMB 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107547	7-Data Validade da Bença 01/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202501627000060901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA		14-Telefone (41) 32386224	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acordamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
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 CNEB	
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO	27-Número no CRO 99999	28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Std
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsão Ter					
44-Valor Total R\$					
45-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a realização 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 foram realizado(s) por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória para 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 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	

AS ASSINATURAS E
DATAS EXPRESSAS
NA GUIA SÃO
IMPORTANTES
PARA QUE A
PRODUÇÃO DO
PROFISSIONAL NÃO
SEJA AFETADA.

POR QUE MINHA GUIA PODE SER GLOSADA?

CÓDIGO DE GLOSA	MOTIVO
1008	Assinatura divergente
1010	Assinatura do Titular/responsável inexistente
1211	Assinatura/ Carimbo do credenciado inexistente
1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado
1319	Guia sem data do atendimento
1317	Guia sem assinatura do assistido

SE NÃO FOR
PREENCHIDA
CORRETAMENTE, A
GUIA PODERÁ SER
GLOSADA POR
ESTES MOTIVOS.

POR QUE MINHA GUIA PODE SER GLOSADA?

CÓDIGO DE GLOSA	MOTIVO
1008	Assinatura divergente
1010	Assinatura do Titular/responsável inexistente
1211	Assinatura/ Carimbo do credenciado inexistente
1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado
1319	Guia sem data do atendimento
1317	Guia sem assinatura do assistido

EM CASO DE GLOSA POR FALTA DE ASSINATURA, O DENTISTA DEVERÁ ABRIR A GUIA DE RECURSO, IMPRIMI-LA E SOLICITAR QUE O BENEFICIÁRIO ASSINE NO CAMPO DE JUSTIFICATIVA.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

COLUNA DE GLOSA



Cirurgião Dentista:		CRO: 123456/PR DENTISTA TESTE						
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
1234567	002025052435000159	PJ - CLEUSA IVETE	17/09/2015	COB	61,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - (412 / 1) = 412 X 0,15 =	61,80
2345678	002025097879000175	PJ - ALEXANDRE HENRIQUE	21/09/2015	COB	11,70	5,85	PARC: 1 DE 1 - (39 / 1) = 39 X 0,15 =	5,85
3456789	002025058110000033	PJ - IVANILDO PAVIANI	05/10/2015	COB	53,70	0,00	PARC: 1 DE 1 - (358 / 1) = 358 X 0,15 =	53,70

AO GERAR O AVISO DE CRÉDITO DOS PAGAMENTOS RELACIONADOS AO MÊS DESEJADO, SERÁ CRIADA A COLUNA DE GLOSA, QUE TRARÁ OS VALORES EM REAIS DAS GLOSAS REALIZADAS NA GUIA DE TRATAMENTO.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

Descrição	Tipo	Taxas	Percentual	Valor
RAC	Total Guias		1	R\$ 7,44
FEECO	Total Atos Cobertos		1	R\$ 7,44
RFP	Total Guias		1	R\$ 7,44
				R\$ 22,32

O valor líquido acima será creditado em sua conta corrente no Banco indicado em:

Data do Crédito: 15/11/2015

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 069

Conta Corrente: 01307363

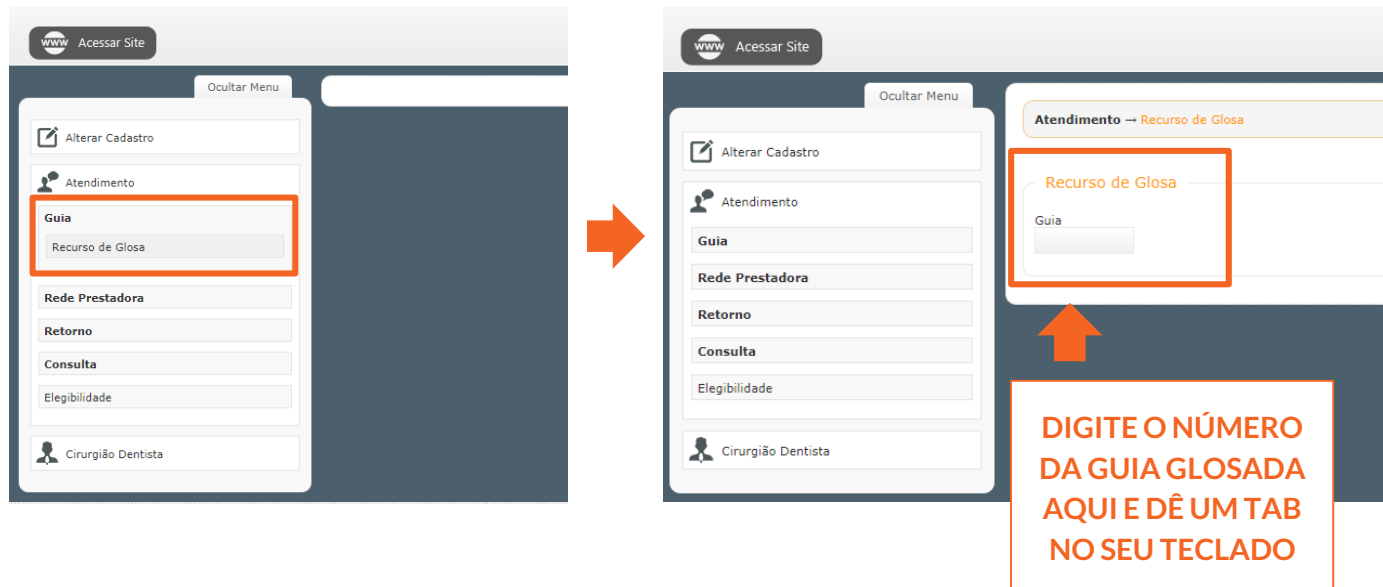
GUIAS GLOSADAS			
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
4035039	00202509907600007701	RUY BARBOSA DE SOUZA	24/08/2015
Procedimento: 81000421	Aplicação: 47	Motivo da Glosa: 47	Descrição: 47 - CODIGO AGREGADO A OUTRO PROCEDIMENTO SOLICITADO



GUIAS GLOSADAS

NO FINAL DO AVISO DE CRÉDITO SÃO APRESENTADAS AS GUIAS GLOSADAS. NESSA RELAÇÃO PODERÃO SER VISUALIZADOS OS DADOS DA GUIA E O MOTIVO DA GLOSA REALIZADA. PARA SABER DETALHADAMENTE O MOTIVO DA GLOSA, ACESSAR A GUIA CITADA E ENTRAR NO CAMPO OBSERVAÇÕES GERAIS E/OU CLÍNICAS.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?



APÓS A IDENTIFICAÇÃO DAS GUIAS GLOSADAS É POSSÍVEL REALIZAR O RECURSO DAS GLOSAS. ESSE PROCESSO ESTÁ DISPONÍVEL NO MÓDULO ATENDIMENTO.

AO ACESSAR O MÓDULO DE ATENDIMENTO, CLIQUE NO MENU **GUIA**, E EM SEGUIDA NO SUB MENU RECURSO DE GLOSA

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

Atendimento → (Guia de Recurso de Glosa)

Guia: **3836248** Guia Original: 3596870 Status: **Recurso de Glosa** Data: 26/10/2015

✓ | **Dados do Cirurgião Dentista**

CRO	Nome
7359	LUIS ANTONIO WERLANG

✓ | **Beneficiário**

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário	Nome	Data Nascimento	Empresa	Plano
00202510312500000101	NELCI PIERINA AMADORI	29/06/1967	PESSOA FÍSICA	AVANÇADO

Observações Clínicas

Justificativa da Guia

Alterar Guia **Alteração Cadastral** **Situação Atual**

NESSE MOMENTO O SISTEMA ABRE A GUIA DE RECURSO DE GLOSA REFERENTE À GUIA INFORMADA.

PARA RECORRER À GLOSA REALIZADA DEVERÁ SER ANALISADO O MOTIVO APRESENTADO E OS CAMPOS DE OBSERVAÇÕES PREENCHIDOS NA GUIA. NELE SÃO APRESENTADAS AS INCONSISTÊNCIAS DA GUIA ORIGINAL.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

Ficha de Anamnese

Incluir Imagens Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto /Imagem	Aplicação	Valor	U.S.O.	Garantia	Justificativa do Ato
85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	Não	17		1175	1317 - SEM ASSINATURA DO ASSISTIDO	
Total Orçado				R\$ 0,00	0		

Validar Atos

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

APÓS O
PREENCHIMENTO
DA JUSTIFICATIVA,
CLIQUE EM
VALIDAR ATOS

DESCREVA A
JUSTIFICATIVA
NESTE CAMPO

A ÚLTIMA COLUNA DA GUIA
DEVERÁ SER PREENCHIDA
COM A **JUSTIFICATIVA DO
ATO**, AO QUAL ESTÁ SENDO
RECORRIDO.

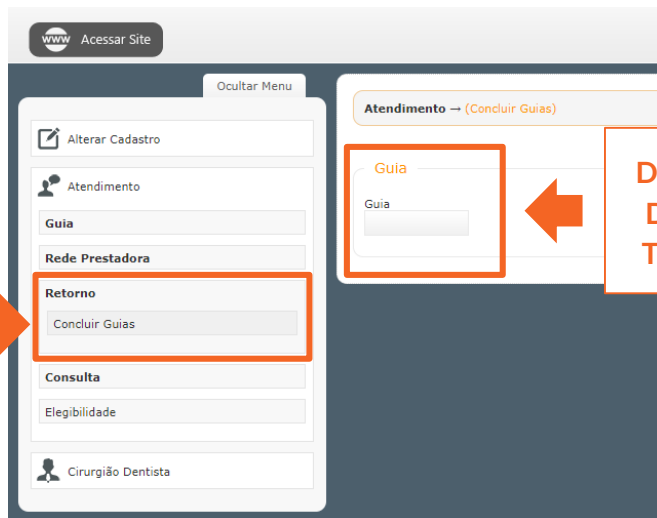
PARA FALTA DE ASSINATURA
O DENTISTA DEVERÁ
IMPRIMIR A GUIA DE
RECURSO E SOLICITAR QUE
O BENEFICIÁRIO ASSINE NO
CAMPO DE JUSTIFICATIVA
DO ATO.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?



NESSE MOMENTO O STATUS DA GUIA
SERÁ ALTERADO PARA VALIDADA.

APÓS ESTAR VALIDADA, A
GUIA ESTARÁ LIBERADA
PARA IMPRESSÃO E
ASSINATURA DO CIRURGIÃO
DENTISTA.



DIGITE O NÚMERO
DA GUIA E DÊ UM
TAB NO TECLADO

APÓS ASSINATURA
DA GUIA, CONCLUIR
GUIA NO SISTEMA

ASSINADA PELO
BENEFICIÁRIO DENTRO DO
CAMPO DE JUSTIFICATIVA
DE ATO.

COM O STATUS VALIDADA É
POSSÍVEL REALIZAR A
CONCLUSÃO DA GUIA E
ENTREGA NA PRODUÇÃO DO
MÊS A ODONTOLIFE

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

O PRAZO DE VALIDADE PARA REALIZAR O RECURSO DAS GLOSAS É DE **30 DIAS APÓS O ACESSO AO AVISO DE CRÉDITO** AO QUAL A GUIA FOI GLOSADA.

A GUIA DE RECURSO DE GLOSA DEVERÁ SER CONCLUÍDA NO APP DEPOIS DE ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO.

SERÁ POSSÍVEL ABRIR RECURSO SOMENTE **1 VEZ**, CASO SEJA NEGADO, O MESMO **NÃO PODERÁ** ABRIR UMA RÉPLICA E SOLICITAR NOVO RECURSO.

COM O STATUS VALIDADA É POSSÍVEL REALIZAR A CONCLUSÃO DA GUIA E ENTREGÁ-LA NA PRODUÇÃO DO MÊS À ODONTOLIFE.

**UMA GUIA BEM
PREENCHIDA GERA
UMA PRODUÇÃO
SEM PROBLEMAS!**

PROFISSIONAL, ESTEJA ATENTO AOS CAMPOS DE PREENCHIMENTO!