



Lançamento de Guias



☎ 4007 2828 (capitais e regiões metropolitanas). 0800 000 2828 (demais regiões)



Sobre ▾

ClubLife ▾

Rede Credenciada

Seja Credenciado ▾

Serviços ▾

Contato ▾

 **AREA RESTRITA**

 **Meu menu** Liberação Online ▾ Formulários ▾ Tabelas de Procedimentos Manuais ▾ SAD



REDE CREDENCIADA

Consulte o dentista mais próximo

CRO

Nome

UF

Cidade

AREA RESTRITA

Acesso

Dentista

UF

UF

Login

Nº CRO

Senha

Nº CRO

Para o correto funcionamento de nosso site e do sistema SIO, é necessário que seu navegador esteja atualizado com a versão mais recente.

Fechar

Acessar



Bem Vindo Dentista

Dentista credenciado Odontolife pode atender beneficiários com o Cartão Dental Uni.

São mais de 600 mil beneficiários e quase 7 mil empresas clientes em todo Brasil.



Menu lateral

📄 Liberação Online

📄 Capa de Lote

📄 Aviso de Crédito

📅 Calendário de Produções 2019

🔊 SAD

REDE CREDENCIADA

Consulte o dentista mais próximo 🔍

CRO

Nome

UF

UF ▾

Cidade

Nada selecionado ▾

Ocultar Menu

 Alterar Cadastro

 Atendimento

← 1º

Rede Prestadora

← 2º

Rede Prestadora - Usuário Externo

← 3º

Solicit. Exame - Externo

Consulta

Retorno

 Cirurgião Dentista

Atendimento → [Página Inicial](#)

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Data: 03/12/2019

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

Nome



Beneficiário

Código Beneficiário

0020250380040031901

Nome

CPF



Situação Atual do Paciente

*Possui imagem no prontuário

Permanentes	18 A	17 A	16 H	15 H	14 H	13 H	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 H	45 C	44 H	43 H	42 H	41 H	31 H	32 H	33 H	34 H	35 H	36 H	37 A	38 A

☐ 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



Guia **256335** Status: **ABERTO** Data: **03/12/2019**

Dados do Cirurgião Dentista

CRO Nome 

Beneficiário Temporário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário Nome Data Nascimento Empresa Plano

Alterar Guia

Novo Ato

Código Procedimento 

Incluir Imagens

Visualizar Imagens


**Declaração de
Comparecimento**

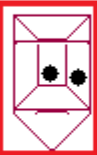
Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário	Nome	Data Nascimento	Empresa	Plano
			DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA	POS REDE PRESTADORA

[Alterar Guia](#)[Situação Atual](#)

Novo Ato

Código	Procedimento	
85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	
		Face
		Dente
H.M.O. 88	 Adicionar	

1º

2º

3º

Código Beneficiário

Nome

Data Nascimento

Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA

Plano

POS REDE PRESTADORA

Alterar Guia

Situação Atual

Novo Ato

Código

Procedimento



Incluir Imagens

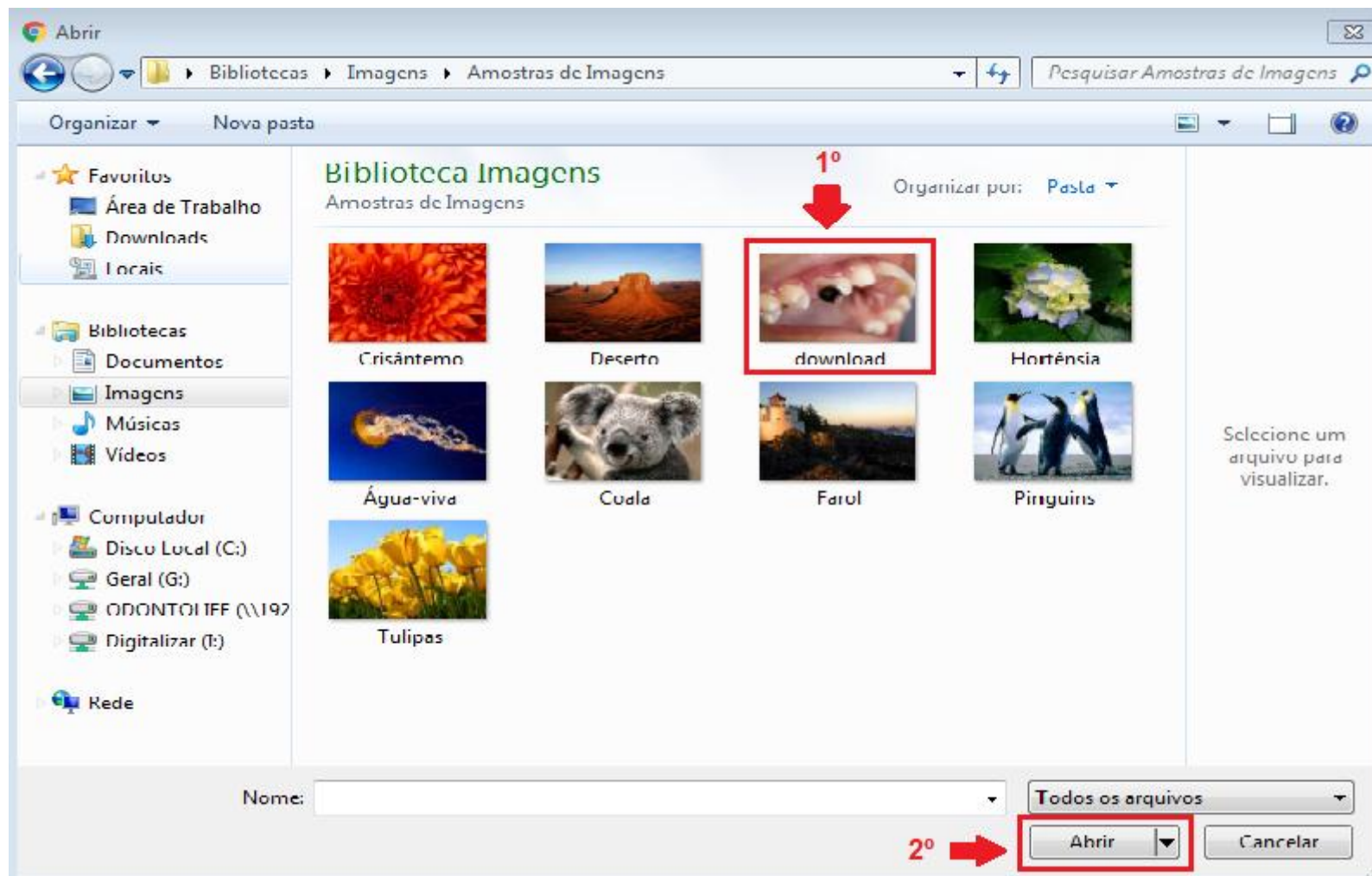
Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia
85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Não	23-I,M		88		
Total Orçado					88		

Validar Atos

Imagens

Justificativas



Validar Atos

Imagens

Justificativas

Galeria



Selecionar

PDF

Selecionar



Selecionar



download.jpg

Carregar Imagens



Novo Ato

Código

Procedimento



Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia
85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Não	14-O,M		88		
Total Orçado					88		

Validar Atos



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

OK



Imagens

Justificativas

Galeria



Selecionar



Selecionar



Selecionar



Selecionar



Novo Ato

Código

Procedimento



Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia
85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Não	14-O,M		88		
Total Orçado					88		

Validar Atos



Imagens

Justificativas

Galeria



PDF



Ocultar Menu

 Alterar Cadastro

 Atendimento

Rede Prestadora

Consulta

Retorno

 Cirurgião Dentista

GUIA TEMPORÁRIA

Atendimento > (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 256335 Status: **PENDENTE DE LIBERAÇÃO INTERCÂMBIO** Data: 03/12/2019

Mensagens SIOFast: 2400697


AGUARDAR

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

Nome



Beneficiário Temporário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário

Nome

Data Nascimento

Empresa

Plano

Observações Clínicas

Alterar Guia

Atendimento > (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 256522 Status: AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO Data: 03/12/2019

Mensagens SIOFast: 2401418 2401469

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

Nome



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário

Nome

Data Nascimento

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

Informar Token



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário
0020250380040

Observações Clínicas

Cons. Duplicata

Ativar Câmera

Código

81000030

CONSULTA ODONTOLÓGICA

Não

R\$ 15,30

H.M.O.

34

Status

Autorizado

Garantia

Total Orçado

R\$ 15,30

34

Informar Token

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

Guia de Solicitação

Guia de Tratamento Odontológico

Imagens

Justificativas

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

O beneficiário possui contato de SMS cadastrado, com o número 41-988565546. Deseja realizar o envio para este mesmo número?

Enviar SMS

Alterar Celular



1º

Informe o token do beneficiário para iniciar o atendimento:

XXXXXX

Validar



2º

Outras formas de envio:

E-mail

Serviço de Atendimento ao Beneficiário

beneficiário

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

O beneficiário possui contato de SMS cadastrado, com o número 41-988565546. Deseja realizar o envio para este mesmo número?

Reenviar SMS

Alterar Celular

Informe o token do beneficiário para ir

814362

Validar

Outras formas de envio:

E-mail

Serviço de Atendimento ao Beneficiário

Mensagem



Token validado com sucesso.

OK

Atendimento > (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 256522 Status: AUTORIZADO Data: 03/12/2019

Mensagens SIOFast: 2401418 2401469

Dados do Cirurgião Dentista

CRO Nome 

Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário	Nome	Data Nascimento	Empresa	Plano
			DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA	POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

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

Imagens

Justificativas

 Declaração de
Comparecimento

 Guia de
Tratamento





1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/19	4-Data de Autorização / /	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 256335	7-Data Validade da Senha 02/03/20	256335 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020250380040031901	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15454707821	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	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-												
2-												
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		47-Valor Total R\$		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 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 / /			