



MANUAL PARA ***PREENCHIMENTO*** ***DA GUIA***



| GUIA ODONTOLIFE

A guia OdontoLife possui um padrão ANS e será disponibilizada em sistema, preenchida automaticamente com os procedimentos liberados quando estiver com o status “**Autorizado**”. A guia deve ser analisada com cautela, pois há campos a serem preenchidos manualmente pelo beneficiário e pelo dentista.

Observação: A guia deverá ser impressa apenas com o status “**Autorizado**”.

| ELEMENTOS DA GUIA

Abaixo veremos os campos que compõem a guia e como identificá-los:

Informações da Guia

1. Registro ANS: Código da operadora
2. Código de barras da guia
3. Data de emissão da guia
4. Data da Autorização
5. Status da Guia
6. Número externo da Guia
7. Data de validade da Guia

Informações do Beneficiário

Dados do Beneficiario	8-Número da Carteira <u>1_0_0_12_0_12_5_</u>	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira <u>1_/_/_/1_/_/_/1_/_/_</u>	12-Número do Cartão Nacional de Saude
13-Nome RONALDO		14-Telefone <u>(1_4_1_1_)</u>		15-Nome do titular do plano RONALDO	

8. Número da carteira
 9. Tipo de plano
 - 10. Empresa**
 11. Data de validade da carteira
 12. Número do Cartão Nacional de Saúde
 13. Nome do beneficiário
 14. Telefone
 15. Nome do titular do plano

Informações do cirurgião-dentista

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Subscritor DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO 8					
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 5 7 4 1 7 8 8 6 9 6 5 	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 8						

- 16.** Atendimento a RN
 - 17.** Nome do Profissional Solicitante
 - 18.** Número do CRO
 - 19.** UF
 - 20.** Código CBO S
 - 21.** Código na operadora / CNPJ / CPF
 - 22.** Nome do Contratado Executante
 - 23.** Número do CRO
 - 24.** UF
 - 25.** Código CNES
 - 26.** Nome do Profissional Executante
 - 27.** Número do CRO
 - 28.** UF
 - 29.** Código CBO S

Plano de tratamento

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 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA																
2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
6 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
8 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
9 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
10 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
13 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$			48-Total Franquia / Co-participação R\$		
			1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			1-Total 2-Parcial			3 4 0 0			0 1 0 0					

- 30. Tabela**
- 31. Código do procedimento**
- 32. Descrição**
- 33. Dente/Região**
- 34. Face**
- 35. Quantidade**
- 36. Quantidade US**
- 37. Valor**
- 38. Franquia/Co-participação R\$**
- 39. Autorização**
- 40. Data da realização**
- 41. Motivo da Glosa**
- 42. Assinatura Beneficiário**
- 43. Data Previsão de término do tratamento**
- 44. Tipo de Atendimento**
- 45. Tipo de Faturamento**
- 46. Total Quantidade US**
- 47. Valor Total**
- 48. Total Franquia /Co-participação**

Observações e Finalização da Guia

<small>Declaro, que após ter sido devidamente esclarecidos sobre os procedimentos, 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 esti preenchimento do documento é feito, e por mim assinado(s), fôlder(s) 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.</small>			
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

- 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

A guia OdontoLife possui campos obrigatórios a serem preenchidos pelos beneficiários e dentista executante.

O Beneficiário tem por sua vez a obrigatoriedade de assinar os campos 40 e 42 da guia no dia da realização de cada procedimento, devendo este colocar as datas de acordo com a sua realização. Também deverá assinar o campo 52 (parte inferior da guia) ao finalizar o tratamento que foi lançado na guia em questão.

O Dentista Executante tem por sua vez a obrigatoriedade de assinar os campos 50 e 51, colocando a data em que o tratamento foi concluído e adicionando nestes campos o seu carimbo.

Observação: Os campos citados acima são pré-requisitos para o faturamento da guia. A ausência destas informações pode gerar glosas devidas e bloqueio do faturamento da guia.

| POR QUÊ A GUIA PODE SER GLOSADA?

A guia que não for devidamente preenchida pode sofrer glosas em sua análise de produção. Abaixo temos um a lista de motivos de glosas relacionados à este tema:

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, imprimí-la e solicitar que o beneficiário assine no campo de justificativa (Verifique manual de recurso de glosa).



WWW.ODONTOLIFEODONTOLOGIA.COM.BR