

LANÇAMENTO DE GUIAS





CARTÃO BLOQUEADO ?
Para desbloquear
clique aqui !

Encontre seu dentista

Buscar



Baixe o aplicativo

Download

Login

Selecionar

Selecionar a opção dentista



Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.





CARTÃO BLOQUEADO ?
Para desbloquear
clique aqui !

Encontre seu dentista
Buscar

Baixe o aplicativo
Download

→ **UF** **Login** **Senha** **OK** **Voltar**

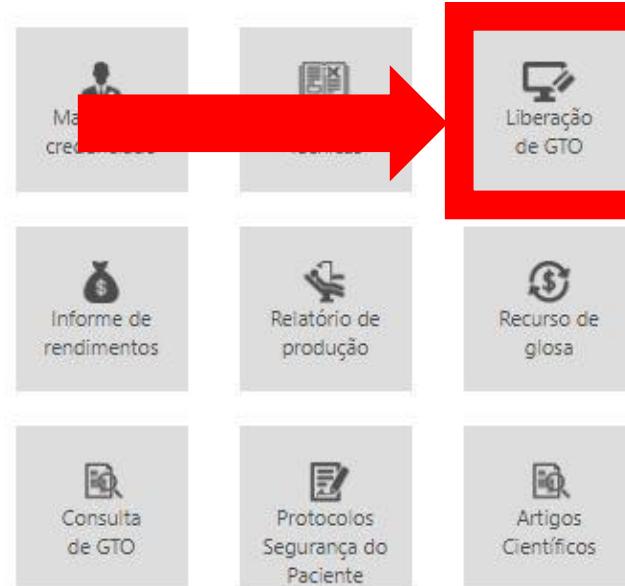
Esqueci minha senha

Seleciona a UF (Nº do cro) (Nº do cro) Clique em ok

Serviços rápidos ▾ Plano de tratamento ▾ Formulários ▾ Manuais ▾ Tabelas ▾ CNES ▾

Autoatendimento

Declaração de INSS



Tem
**SITE
NOVO**
No ar!

**MUDANÇA
NAS DATAS DE
ENTREGA DE
PRODUÇÃO**

ENTREGA DE PRODUÇÃO
ABRIL - ON-LINE

Site moderno e fácil de usar

Alteração nas datas de entrega
e pagamento da produção

Faça sua entrega de produção on-line,
entregue seu protocolo no SAD - Autoatendimento

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**

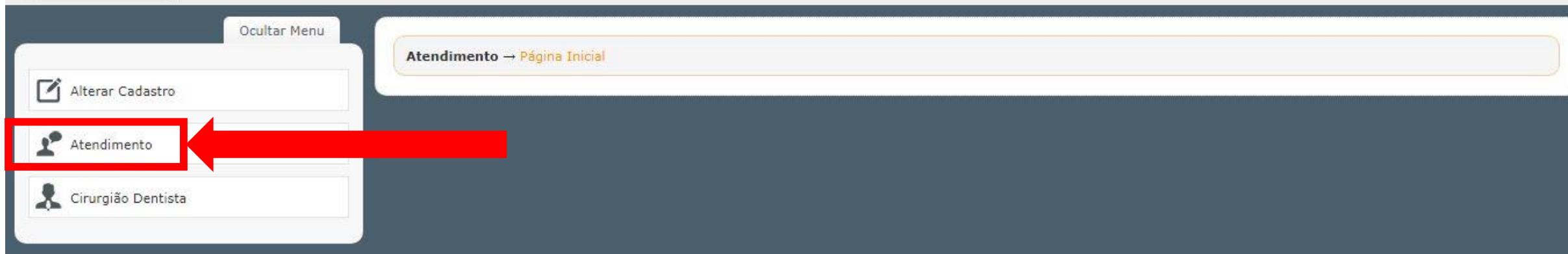
Classificados

Eventos

[Ativar o Windows](#)

Acesse Configurações para ativar o Windows.





Ocultar Menu

 Alterar Cadastro Atendimento 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

A

Ausente

C

Cariado

E

Extração Indicada

H

Hígido

N

Não Eruptado

RA

Restaurado Amálgama

RP

Restaurado Prótese

RR

Restaurado Resina

Preencha o odontograma



Observação da Situação Atual

Remover alterações

Confirmar



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: ABERTO Data: 06/05/2020

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

Nome

PR

DENTISTA DE EXEMPLO



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário
00202503800400031901Nome
BENEFICIARIO TESTE DENTALUNIData Nascimento
20/02/1970Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICAPlano
POS REDE PRESTADORA[Alterar Guia](#)[Situação Atual](#)

Novo Ato

Código

Procedimento

RESTAURACAO



Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Windows.

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](#)

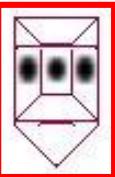
Novo Ato

Código

85100218

Procedimento

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES



Face

D,M,O/I

Dente

44

1°

2°

H.M.O.
122



3°

[Incluir Imagens](#)

[Visualizar Imagens](#)



Declaração de
Comparecimento

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativar o Wi

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**

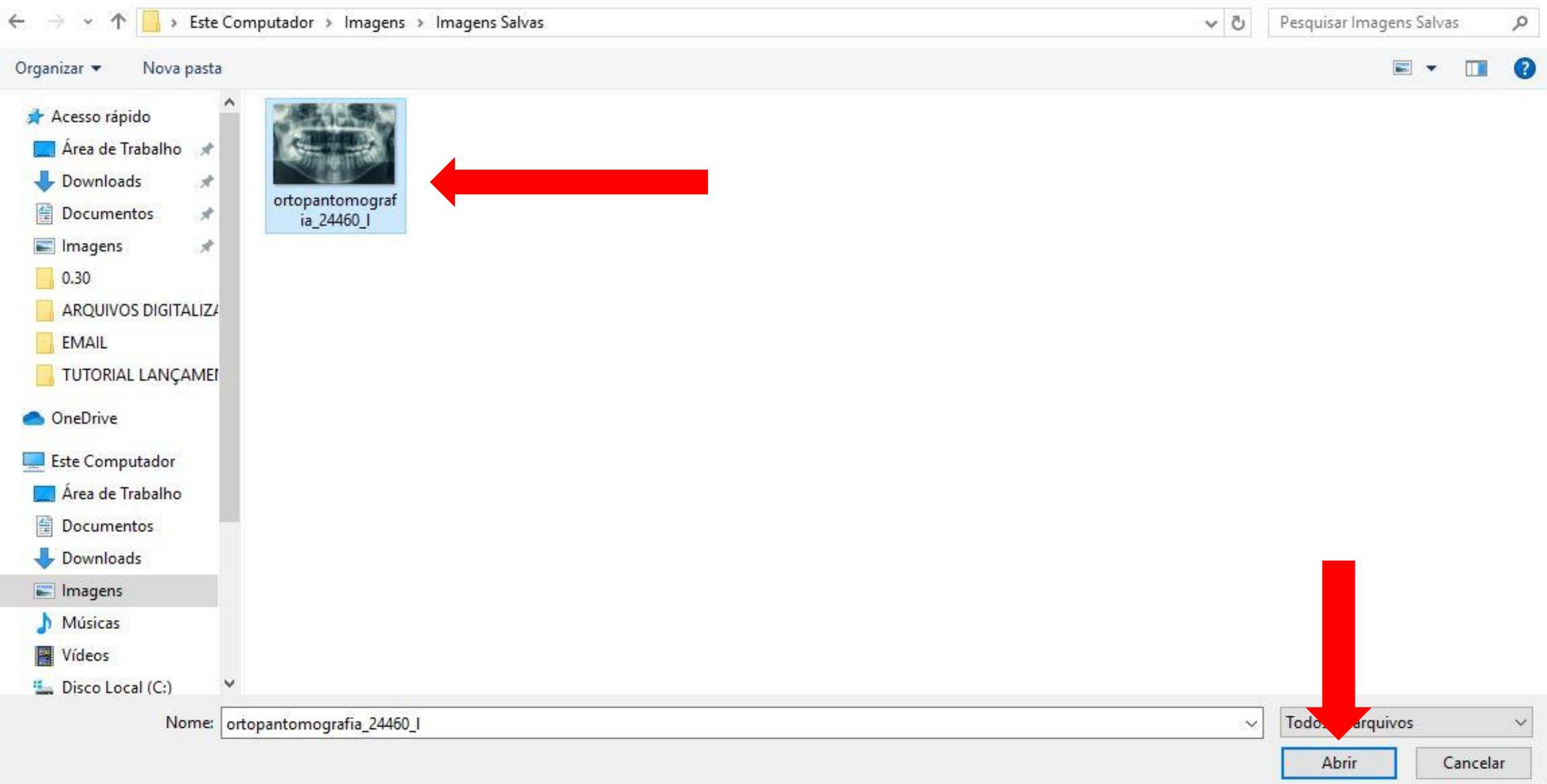
Código

Procedimento

**Incluir Imagens****Visualizar Imagens**

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagen	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**Acesse [Configurações](#) para ativar o Windows





Selecionar



Selecionar



Selecionar



ortopantomografia_24

Carregar Imagens

Role a tela para baixo até encontrar a imagem que você selecionou

Depois carregue a imagem para entrar no prontuário



Declaração de
Comparecimento Tratamento



Guia de
Tratamento

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



Selecionar



Selecionar



Selecionar

saúde do sorriso
Dentistas
sorrisos para todos



		Incluir Imagens	Visualizar Imagens						
Código	P Clique para visualizar a galeria do prontuário virtual do beneficiário.			RX/Foto/Imagen	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									

[Imagens](#)

[Justificativas](#)

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.



Declaração de
Comparecimento Tratamento



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

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

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

99999

Nome

DENTISTA DE EXEMPLO



Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário
00202503800400031901Nome
BENEFICIARIO TESTE DENTALUNIData Nascimento
20/02/1970Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICAPlano
POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

 Alterar Guia Situação Atual

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 287438 Status: AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO Data: 2024-02-20

Mensagens SIOFast: 2820473 2820497

Dados do Cirurgião Dentista

CRO: 99999 Nome: DENTISTA DE EXEMPLO

Beneficiário

Dados do Beneficiário

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

Observações Clínicas

Alterar Guia Situação Atual

Incluir Imagens Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagen	Aplicação	Valor	H.M.O.	Ga
81000421	RX PERIAPICAL	Não	RMSD	14		
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	Não		78		

Total Orçado: R\$ 0,00 92

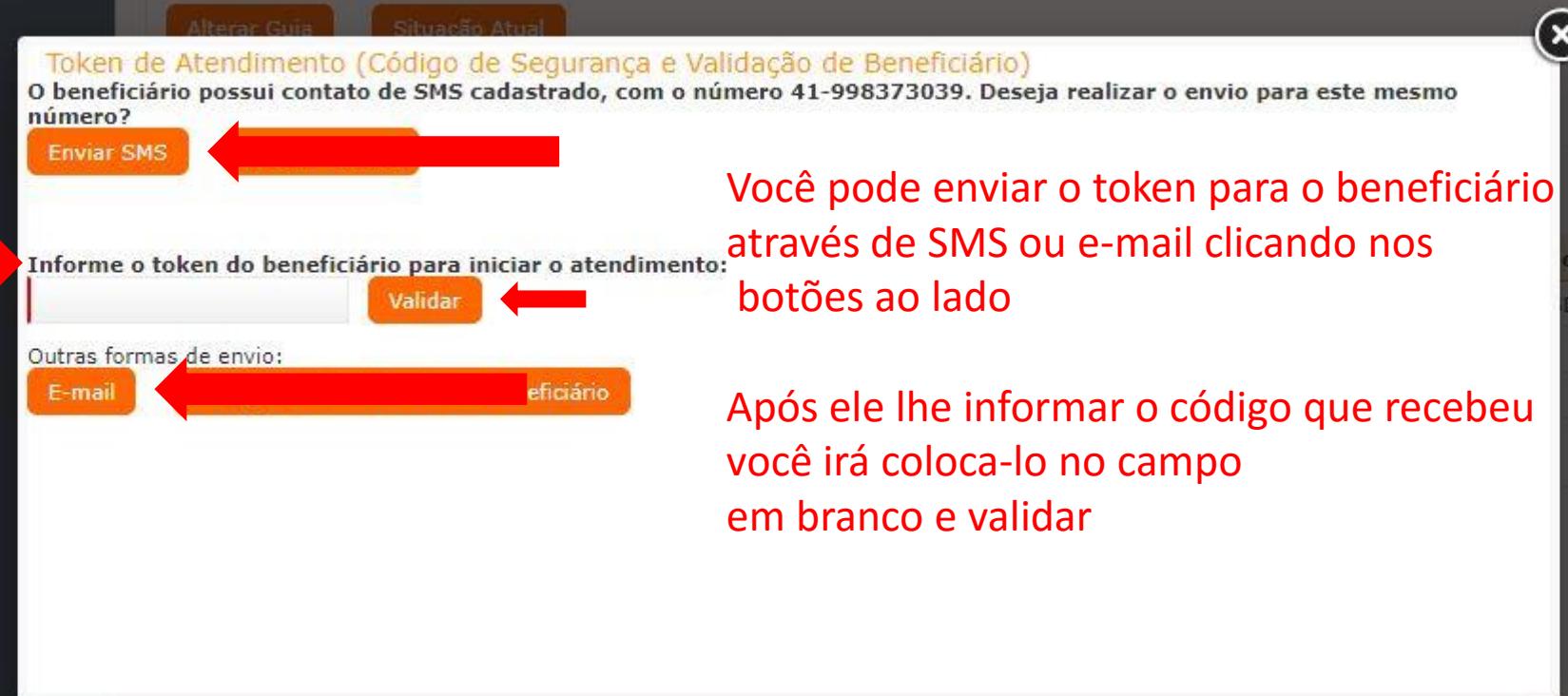
Informar Token

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

Ativar o Windows Configurações para ativar o V

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



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

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

Mensagem



Token validado com sucesso.

OK

Outras formas de envio:

E-mail

Serviço de Atendimento ao Beneficiário

cação	Valor	H.M.O.	Gara
D	14		
	78		
	R\$ 0,00	92	

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

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

Incluir Imagens **Visualizar Imagens**

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagen	Aplicação	Valor	H.M.O.	Status	Garantia
81000421	RX PERIAPICAL	Não	RMSD		14	Autorizado	
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	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.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-NF

287438

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 13/02/2010	3-Data de Autorização 06/05/2010	4-Selos AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7404990	6-Data Validade da Senha 13/05/2010							
Dados do Beneficiário												
7-Número da Carteira 00202503800400031901	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Número da Carteira Nacional de Saúde								
13-Nome BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI		20/02/1970	14-Fone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Abordamento a RM N.	17-Area do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRM 99999	19-UF PR	20-Código CBO-S 025 - Faturar Empresa								
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 57417886965	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA DE EXEMPLO	23-Número no CRM 99999	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO		27-Número no CRM 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-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1,400	0,00		S	11/11/11		
2-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,800	0,00		S	11/11/11		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abordamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Esame Radiológico 3-Ontodonto 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	92,000	0,00								
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(foram) 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.												
Assinar o W Acesso Confiável												
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 Assinatura 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



Ativar o Windows

FIM