

INSTRUÇÃO PARA PAGAMENTO DE ATO COMPLEMENTAR

Cirurgião Dentista, a Dental Uni tem mais um benefício para você. Além do Cartão de Crédito, chegou o Pague Fácil, uma maneira mais prática de efetuar o pagamento dos atos complementares.

A liberação de ato complementar é simples, abaixo informamos o passo a passo para esse processo. Inicialmente, a guia estará no status “Pendente de Ato Complementar”.

01. Para efetuar o pagamento, clique no botão **Sim (colocar evidência)** imediatamente depois da frase “Deseja fazer o pagamento dos atos complementares agora?”.

Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Autorizado pelo Beneficiário	Garantia	Ação
AC 85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Raio X Inicial	45-D,M	R\$ 39,60	88			<div>Cancelar</div>
Total Orçado					88,00			

AC

 Ato - Complementar

PP

 Pós Pagamento

AEC

 Carência

ACO

 Co-participação

ATR

 Transferidos

Deseja fazer o pagamento dos atos complementares agora?

Sim

Imagens

Justificativas

Declaração de Comparecimento Tratamento Guia de Tratamento

Pague fácil

02. O passo a seguir será selecionar a Forma de Pagamento,

Data 1º Vcto

16/06/2021

Data Movimento

16/06/2021

Valor Entrada

0,00

Valor Total

39,60

Descrição do Movimento

Selecione a forma de pagamento

☐ CARTAO DE CREDITO ☒ PAGUE FACIL

Escolha a condição de pagamento

Selecione	Descrição	Valor de Entrada	Valor de Parcela
<input type="radio"/>	1 PARCELA - A VISTA	39,60	39,60



Continuar

03. Com a opção Boleto (pague fácil) a condição de pagamento é à vista - numa única parcela, com vencimento para até 10 (dez) dias. Selecionar a condições apresentada, depois clique em “Continuar”:

Data 1º Vcto	Data Movimento	Valor Entrada	Valor Total
16/06/2021	16/06/2021	0,00	39,60

Descrição do Movimento

Selecione a forma de pagamento


☐ CARTÃO DE CREDITO
 
☒ PAGUE FACIL

Escolha a condição de pagamento

Selecione	Descrição	Valor de Entrada	Valor de Parcela
<input checked="" type="radio"/>	1 PARCELA - A VISTA	39,60	39,60

[Continuar](#)

04. Confirme as informações e, por fim, clique em “Concluir Movimento”.

Guia	Valor
487689	R\$ 39,60
Total: R\$ 39,60	

Data 1º Vcto	Data Movimento	Valor Entrada	Valor Total
26/06/2021	16/06/2021	39,60	39,60

Descrição do Movimento

Dup.	Seq.	Vencimento	Documento	Num. Documento	Banco	Agência	Operadora	Valor	Alterar Parcela
	1	26/06/2021	PAGUE FACIL					R\$ 39,60	

[Concluir Movimento](#)

05. Após Concluir Movimento será apresentado o Boleto.

Guia	Valor
487689	R\$ 39,60
Total: R\$ 39,60	

Data 1º Vcto	Data Movimento	Valor Entrada	Valor Total
26/06/2021	16/06/2021	39,60	39,60

Descrição do Movimento

Mensagem

Operação realizada com sucesso!
Agora imprima o Recibo de Pagamento e pegue a assinatura do beneficiário.

[OK](#)

Operação realizada com sucesso!


Dup.	Seq.	Vencimento	Documento	Num. Documento	Banco	Agência	Operadora	Valor
265	1	26/06/2021	PAGUE FACIL					R\$ 39,60

[Boleto](#) [Voltar à guia](#)

06. Ao clicar na opção de imprimir o Boleto Bancário deverá ser entregue ao beneficiário para que seja efetuado ao pagamento dos valores da guia.

Nossos boletos são registrados sendo assim o pagamento poderá ser realizado a partir de algumas horas após a emissão até o vencimento.

BENEFICIÁRIO : DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51			RECIBO DO PAGADOR	
Nome do Cliente	Data de Vencimento	Valor Cobrado		
00202501627000145501 NOEMI PEREIRA DE SOUZA	17/06/2021	26591/01-91-PF		852,00
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número	Autenticação Mecânica		
2189-5/0851582	0000026825597			

		Banco		033-7		03399.08519 58200.000261 82559.701014 1 8654000085200	
Local de Pagamento						Vencimento	
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER						17/06/2021	
Beneficiário						Agência/Código Beneficiário	
DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51						2189-5/0851582	
Data Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Acerto	Data Processamento	Nosso Número		
07/06/2021	26591/01-91-PF	DS	N	07/06/2021	0000026825597		
Uso do Banco	Carteira	Especie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	[=] Valor do Documento		
	RCR	RS		X	850,50		
Instruções (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO) PAGAR EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO APÓS SOMENTE NO SANTANDER OU DENTAL UNI APÓS VENC MULTA 2% + JUROS 0,0334% AD 41 33711900 OU COBRANCA@DENTALUNI.COM.BR						(-) Desconto / Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+/-) Mora / Multa	
						(+/-) Outros Acréscimos	
Beneficiário						1,50	
DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51						[=] Valor Cobrado	
						852,00	
Pagador		00202501627000145501 NOEMI PEREIRA DE SOUZA 06431019938					
		ALEXANDRO GLESMKI, 1055, BLOCO 18 AP 41					
		81935394 GANCHINHO - CURITIBA PR					
						Código de Baixa	
						Autenticação Mecânica	
FICHA DE COMPENSAÇÃO							



07. A guia de tratamento assumirá o Status de "Aguardando Compensação", nesse momento os procedimentos não estão autorizados para realização, somente após o pagamento do boleto bancário. Após compensação do pagamento, o Sistema levará 24 horas para validar e autorizar a guia para realização dos procedimentos. Com o Pagamento a guia assumirá o status de "Aguardando token" e após a validação do token os procedimentos poderão ser

realizados.

Atendimento → (Guia Rede Prestadora - Beneficiário Externo)

Guia: 487689 Status: AGUARDANDO COMPENSAÇÃO Data: 01/03/2021

Mensagens SIOFast: 4495586 4471511

Dados do Cirurgião Dentista

CRO
99999

PR

Nome
DENTISTA DE EXEMPLO

Beneficiário

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário
00202503800400046201

Nome
TESTE ANA SEXTA

Data Nascimento
29/07/2015

Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Plano
POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

Alterar Guia

Situação Atual

Código Beneficiário
00202503800400046201

Nome
TESTE ANA SEXTA

Data Nascimento
29/07/2015

Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Plano
POS REDE PRESTADORA

Observações Clínicas

Alterar Guia

Situação Atual

Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Garantia
AC 85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Raio X Inicial	45-D,M	R\$ 39,60	88	
Total Orçado					88,00	

AC

 Ato - Complementar

PP

 Pós Pagamento

AEC

 Carência

ACO

 Co-participação

ATR


 Transferidos


Reimprimir Boleto

Alterar Pagamento

Imagens

Justificativas

 Declaração de

 Guia de

Comprometimento Tratamento

09. Em eventuais momentos o beneficiário irá solicitar a alteração da forma de pagamento, de boleto para Cartão de Crédito. Deverá clicar em “Alterar Pagamento”, com isso será cancelado o boleto e habilitará a opção de escolha da “Forma de pagamento”. Cartão de Crédito.

Observações Clínicas

Alterar Guia

Situação Atual

Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Garantia
AC 85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Raio X Inicial	45-D,M	R\$ 39,60	88	
Total Orçado					88,00	

AC

Ato - Complementar

PP

Pós Pagamento

AEC

Carência

ACO

Co-participação

ATR

Transferidos

Reimprimir Boleto

Alterar Pagamento

Imagens

Justificativas

Selecionar a Operadora do Cartão de Crédito do beneficiário:

11. Em seguida, você deverá selecionar a “Condição de Pagamento”. A quantidade de parcelas dependerá do valor total da compra e pode chegar a até 12 vezes sem juros. Depois que selecionar a Condição de Parcelamento, clique em “Continuar”:

Escolha a condição de pagamento

Selecione	Descrição	Valor de Entrada	Valor de Parcela
<input type="radio"/>	1 PARCELA - A VISTA	221,40	221,40
<input type="radio"/>	2 PARCELAS - CARTÃO DE CRÉDITO	110,70	110,70
<input type="radio"/>	3 PARCELAS - CARTÃO DE CRÉDITO	73,80	73,80
<input type="radio"/>	4 PARCELAS - CARTÃO DE CRÉDITO	55,35	55,35
<input type="radio"/>	5 PARCELAS - CARTÃO DE CRÉDITO	44,28	44,28
<input type="radio"/>	6 PARCELAS - CARTÃO DE CRÉDITO	36,90	36,90
<input type="radio"/>	7 PARCELAS - CARTÃO DE CRÉDITO	31,62	31,63
<input type="radio"/>	ENTRADA + 2 PARCELAS (COM JUROS)	73,80	77,15
<input type="radio"/>	ENTRADA + 2 PARCELAS (SEM JUROS)	73,80	73,80
<input type="radio"/>	ENTRADA + 3 PARCELAS (COM JUROS)	55,34	59,32
<input type="radio"/>	ENTRADA + 3 PARCELAS (SEM JUROS)	55,35	55,35
<input type="radio"/>	ENTRADA + 4 PARCELAS (SEM JUROS)	44,28	44,28
<input type="radio"/>	ENTRADA + 5 PARCELAS (SEM JUROS)	36,90	36,90
<input type="radio"/>	ENTRADA + 6 PARCELAS (SEM JUROS)	31,62	31,63
<input type="radio"/>	ENTRADA + 1 PARCELA (SEM JUROS)	110,70	110,70

Continuar

12. O sistema irá gerar o parcelamento. Confirme as informações e, por fim, clique em Concluir Movimento.

Desconto(%)	Desconto(R\$)	Acréscimo(%)	Acréscimo(R\$)	Data 1º Vcto	Data Movimento	Valor Entrada	Valor Total
				22/07/2021	21/06/2021	31,62	221,40

Descrição do Movimento

Dup.	Seq.	Vencimento	Documento	Num. Documento	Banco	Agência	Operadora	Valor	Alterar Parcela
	1	22/07/2021	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,62	
	2	22/08/2021	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,63	
	3	22/09/2021	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,63	
	4	23/10/2021	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,63	
	5	23/11/2021	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,63	
	6	24/12/2021	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,63	
	7	24/01/2022	CARTAO DE CREDITO				MASTERCARD	R\$ 31,63	

Concluir Movimento

?

13. Nesse momento é enviado os dados para a Plataforma de pagamento online, onde deverá preencher os dados do Cartão de Crédito do beneficiário e após clicar em “Confirmar”.

Forma de pagamento

Cartão de crédito

Número do cartão

Validade

Nome do titular do cartão (como está gravado no cartão)

Código de segurança

Número de parcelas

7X de R\$ 31,63

☒ Li e aceito os [Termos de Uso](#)

Identificação

E-mail

Confirme seu e-mail

Cancelar

Finalizar compra

Resumo da compra

Loja

ODONTO LIFE

Número do pedido

322156229

Data da compra

21/06/2021

Forma de pagamento

Parcelado Loja

Total

R\$ 221,40

Transação processada no Brasil

MasterCard


SecureCode

VOCÊ ESTÁ EM UM AMBIENTE SEGURO CIELO


14. Sendo confirmada a operação, você será redirecionado ao sistema e a guia estará Aguardando Token. Neste momento, a guia poderá ser validada através do código token fornecido pelo beneficiário e ser impressa para a realização dos procedimentos.

Imagens

Justificativas



Declaração de Comparecimento



Guia de Tratamento

15. A guia validada e impressa deverá ser assinada, datada e carimbada pelo cirurgião dentista e pelo beneficiário nos campos apropriados. Após a realização de todos os procedimentos, a guia deverá ser concluída através do aplicativo minha dental uni na entrega de produção mensal.

[illegible]

