



Clínica Radiológica

☎ 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

UF

Dentista

UF

Login

Senha

Nº CRO

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



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



Sobre ▾

ClubLife ▾

Rede Credenciada

Seja Credenciado ▾

Serviços ▾

Contato ▾

Sair

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

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 cientes em todo Brasil.



Cia.Hering



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

Cidade

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



00202503800400031901

BENEFICIÁRIO TESTE DENTALUNI

88373562508

Dados do Beneficiário

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: **256648** Status: **ABERTO** Data: 03/12/2019

Dados do Cirurgião Dentista

CRO

Nome



Clínica:

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

Alterar Guia

Situação Atual

Novo Ato

Código

Procedimento

PANORAMICA

1°



2°



Incluir Imagens

Visualizar Imagens

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 81000405 Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANT)

Justificativa

1º Incluir a justificativa que consta no receituário

H.M.O.
78

+ Adicionar

2º

Incluir Imagens

Visualizar Imagens



Declaração de Comparecimento

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/Imagem	Aplicação	Valor	H.M.O.	Excluir	Garantia
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)	Não			78		
Total Orçado					78		

Validar Atos

Imagens

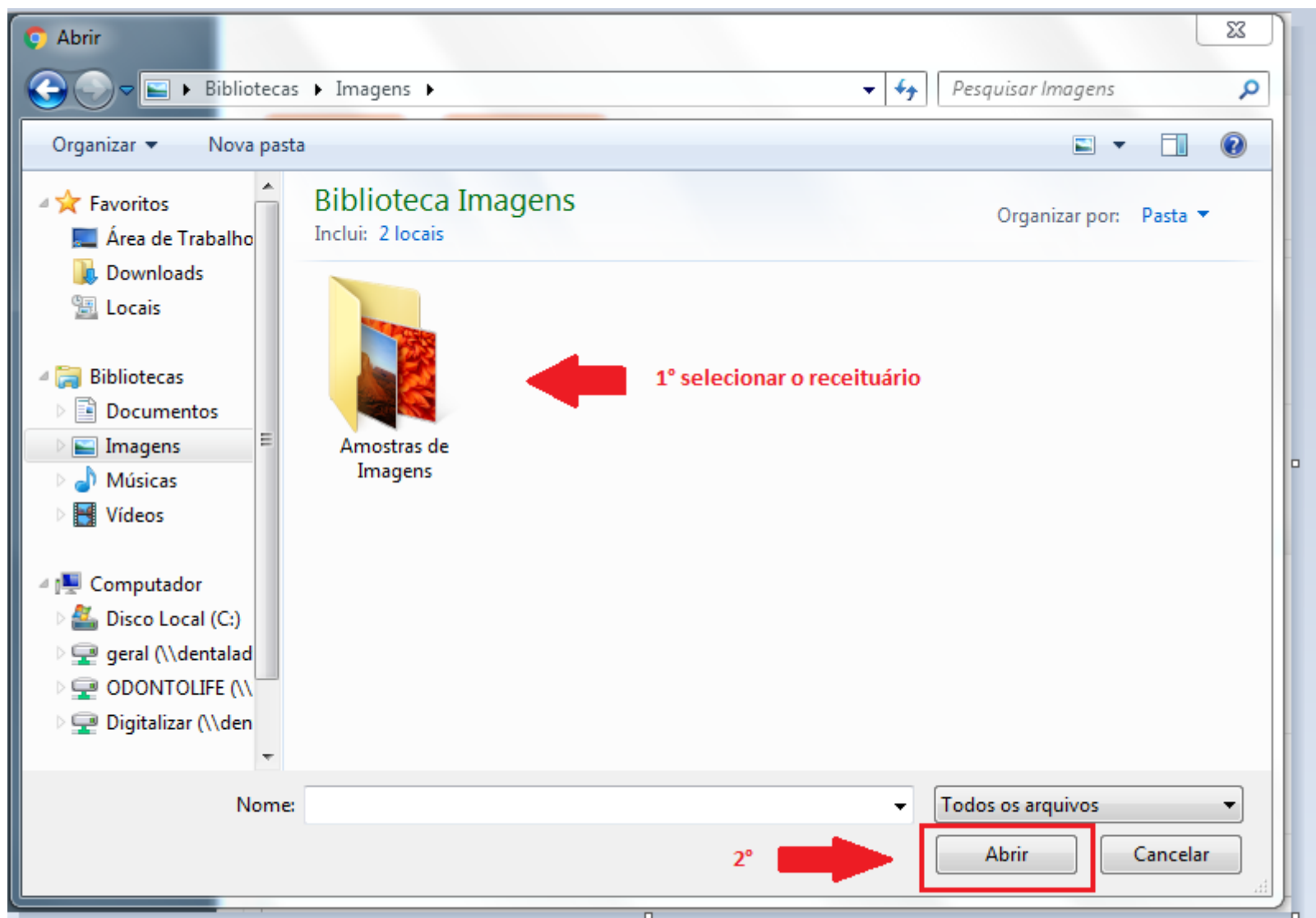
Justificativas



Declaração de Comparecimento Tratamento



Guia de



Validar Atos

Imagens

Justificativas

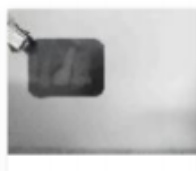
Galeria



Selecionar

PDF

Selecionar



Selecionar



downloaded.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

Mensagem



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

OK



Imagens

Justificativas

Galeria



Selecionar



Selecionar



Selecionar



Selecionar



Alterar Guia

Situação Atual

Novo Ato

Código

Procedimento



Incluir Imagens

Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto/Imagem	Aplicação	Valor
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRFIA)	Não		
Total Orçado				

Validar Atos



Imagens

Justificativas



Declaração de
Comparecimento



Guia de
Tratamento

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

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 Clínica

Com. Duplicata

Ativar Câmera 1

Código

81000010

Total Orçado

Informar Token

AC Ato - Complementar

PP Pós Pagamento

AEC Carência

ACO Co-participação

ATR Transferidos

Guia de Solidificação

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



Informe o token do beneficiário para iniciar o atendimento:

XXXXXX

Validar



Outras formas de envio:

E-mail

Serviço de Atendimento ao Beneficiário

H.M.O.

Status

Garantia

34

Autorizado

34

R\$ 15,30

R\$ 15,30

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

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





tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.07



256335
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	2. Data de Emissão da Guia (03/12/19)	3. Data de Autoração / /	4. Cartão AUTORIZADO	5. Número da Guia Principal 256335	6. Data Validade da Guia (02/10/20)
Dados do Beneficiário					
7. Número da Carteira (0020202050308004003101)	8. Flanco	9. Empresa	10. Data Validade da Carteira / /	11. Número da Carteira Nacional de Saúde	
12. Nome	13. Telefone () /		14. Nome do Boleto do plano		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15. Alinhamento a RVN N	16. Nome do Profissional Solicitante		17. Número no CRO	18. UF	19. Código CBO-S 025 -
20. Código na Operadora / CBO-J / CBO (15454707821)	21. Nome do Contratado Executante		22. Número no CRO	23. UF	24. Código CBO-S Enviar - RX (1) 85/00200
25. Nome do Profissional Executante		26. Número no CRO	27. UF	28. Código CBO-S	
Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados					
29. Tabela	30. Código do Procedimento	31. Descrição	32. Dentes/Região	33. Faixa	34. Qnt
35. Quantidade US	36. Valor	37. Frequência/Co-participação RB	38. Aut	39. Data de Realização	40. Médico da Clínica
41. Assinatura					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
42. Data Previsto Término do Tratamento / /	43. Tipo de Alinhamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	44. Tipo de Tratamento 1- Fixo 2- Removível	45. Total Quantidade US	46. Valor Total US	47. Total Frequência / Co-participação US

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os produtos, 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 (eu) providenciei(o) desfecho(s) acima, e por mim assinado(s), for(ões) 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.

Assinaturas

48. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	49. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	50. Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável / /	51. Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---