


COMO PREENCHER A GUIA DE TRATAMENTO?

ODONTOLIFE ODONTOLOGIA
EQUIPE DE TREINAMENTOS

COMO VISUALIZAR A GUIA?

ESTA É A GUIA DE
TRATAMENTO
ODONTOLIFE.

		GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO				2. Nº																													
1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão da Guia 01/11/2020		4-Data de Autorização 02/12/2020		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8107547		7-Data Validade da Senha 01/03/21		431981 INTERCÂMBIO																							
Dados do Beneficiário																																			
8-Número da Carteira 01020250116270000609011						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																							
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA						17/09/1981		14-Telefone (41) 3238-6224		15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA																									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																			
16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO				18-Número no CRO 99999		19-UF PR		20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57417816965				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 S																									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régio		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		0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA						1		3400		000																					
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 3400				47-Valor Total R\$ 000				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(a) 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 / /							

COMO VISUALIZAR A GUIA?

QUANDO A GUIA ESTÁ LIBERADA PARA EFETUAR O PROCEDIMENTO, O STATUS DELA IRÁ CONSTAR AUTORIZADO NO CAMPO 5.

NO CAMPO 7, VEREMOS A VALIDADE QUE ESTA GUIA POSSUI.

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431981
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização 02/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107547	7-Data Validade da Senha 01/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025016270000060901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA		14-Telefone (41) 3238-6224	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 57417896965		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 S	

DADOS DO
BENEFICIÁRIO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela 100100030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US 3400	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
2												
3												
4												
5												
6												
7												

CAMPO 32:
DESCRIÇÃO DO
PROCEDIMENTO

CAMPO 36:
VALOR DE US DO
PROCEDIMENTO

COMO PREENCHER A GUIA?



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431981
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização 02/11/2020	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107547	7-Data Validade da Bença 01/11/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202501627000060901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA		14-Telefone (41) 323386224	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57417886965	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 S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00181000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-A	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão 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 340		
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 pagar em meu nome o valor referente 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 / /	

ESSA ASSINATURA
DEVERÁ SER
COLOCADA NA
DATA EM QUE O
PROCEDIMENTO
FOR EFETUADO.

A GUIA NÃO
DEVERÁ SER
ENVIADA SEM
ESSAS
ASSINATURAS,
CASO CONTRÁRIO,
ESTA GUIA SERÁ
GLOSADA NO
ENVIO DA
PRODUÇÃO

CAMPOS 40 E 42:
DEVEM SER ASSINADOS E
DATADOS PELO
BENEFICIÁRIO A CADA
PROCEDIMENTO
REALIZADO

COMO PREENCHER A GUIA?



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431981
INTERCÂMBIO

1-Registro AMB 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/2011	4-Data de Autorização 02/12/2011	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107547	7-Data Validade da Bença 01/03/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202501627000060901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA		14-Telefone (41) 32386224	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA DE EXEMPLO	18-Número no CRO 99999	19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57417886965	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA DE EXEMPLO	23-Número no CRO 99999	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA DE EXEMPLO	27-Número no CRO 99999	28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00810000301	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Std
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsão Ter					
44-Valor Total R\$					
45-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a realização 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 foram realizado(s) por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória para 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	

AS ASSINATURAS E
DATAS EXPRESSAS
NA GUIA SÃO
IMPORTANTES
PARA QUE A
PRODUÇÃO DO
PROFISSIONAL NÃO
SEJA AFETADA.

POR QUE MINHA GUIA PODE SER GLOSADA?

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 beneficiário

SE NÃO FOR
PREENCHIDA
CORRETAMENTE, A
GUIA PODERÁ SER
GLOSADA POR
ESTES MOTIVOS.

EM CASO DE GLOSA POR
FALTA DE ASSINATURA, O
DENTISTA DEVERÁ ABRIR A
GUIA DE RECURSO, IMPRIMI-
LA E SOLICITAR QUE O
BENEFICIÁRIO ASSINE NO
CAMPO DE JUSTIFICATIVA.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

COLUNA DE GLOSA



Cirurgião Dentista:		CRO: 123456/PR DENTISTA TESTE						
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
1234567	002025052435000159	PJ - CLEUSA IVETE	17/09/2015	COB	61,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - (412 / 1) = 412 X 0,15 =	61,80
2345678	002025097879000175	PJ - ALEXANDRE HENRIQUE	21/09/2015	COB	11,70	5,85	PARC: 1 DE 1 - (39 / 1) = 39 X 0,15 =	5,85
3456789	002025058110000033	PJ - IVANILDO PAVIANI	05/10/2015	COB	53,70	0,00	PARC: 1 DE 1 - (358 / 1) = 358 X 0,15 =	53,70

AO GERAR O AVISO DE CRÉDITO DOS PAGAMENTOS RELACIONADOS AO MÊS DESEJADO, SERÁ CRIADA A COLUNA DE GLOSA, QUE TRARÁ OS VALORES EM REAIS DAS GLOSAS REALIZADAS NA GUIA DE TRATAMENTO.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

Descrição	Tipo	Taxas	Percentual	Valor
RAC	Total Guias		1	R\$ 7,44
FEECO	Total Atos Cobertos		1	R\$ 7,44
RFP	Total Guias		1	R\$ 7,44
				R\$ 22,32

O valor líquido acima será creditado em sua conta corrente no Banco indicado em:

Data do Crédito: 15/11/2015

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 069

Conta Corrente: 01307363

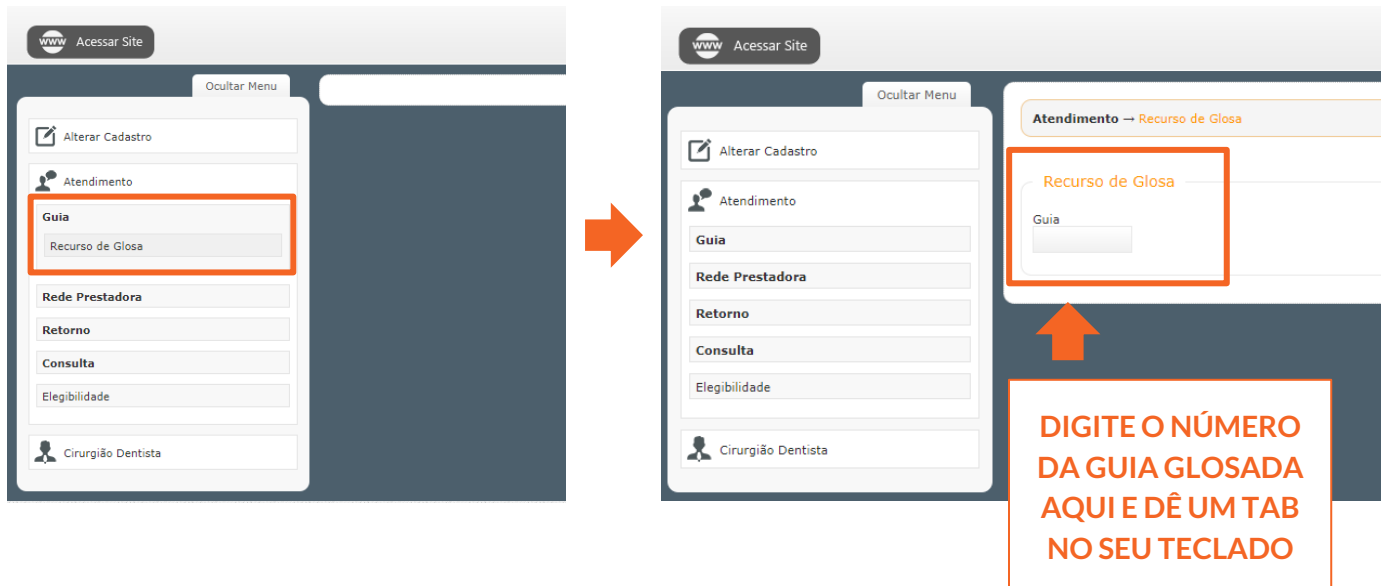
GUIAS GLOSADAS			
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
4035039	00202509907600007701	RUY BARBOSA DE SOUZA	24/08/2015
Procedimento: 81000421	Aplicação: 47	Motivo da Glosa: 47	Descrição: 47 - CODIGO AGREGADO A OUTRO PROCEDIMENTO SOLICITADO



GUIAS GLOSADAS

NO FINAL DO AVISO DE CRÉDITO SÃO APRESENTADAS AS GUIAS GLOSADAS. NESTA RELAÇÃO PODERÃO SER VISUALIZADOS OS DADOS DA GUIA E O MOTIVO DA GLOSA REALIZADA. PARA SABER DETALHADAMENTE O MOTIVO DA GLOSA, ACESSAR A GUIA CITADA E ENTRAR NO CAMPO OBSERVAÇÕES GERAIS E/OU CLÍNICAS.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?



APÓS A IDENTIFICAÇÃO DAS GUIAS GLOSADAS É POSSÍVEL REALIZAR O RECURSO DAS GLOSAS. ESSE PROCESSO ESTÁ DISPONÍVEL NO MÓDULO ATENDIMENTO.

AO ACESSAR O MÓDULO DE ATENDIMENTO, CLIQUE NO MENU GUIA, E EM SEGUIDA NO SUB MENU RECURSO DE GLOSA

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

Atendimento → (Guia de Recurso de Glosa)

Guia: **3836248** Guia Original: 3596870 Status: **Recurso de Glosa** Data: 26/10/2015

✓ | **Dados do Cirurgião Dentista**

CRO	Nome
7359	LUIS ANTONIO WERLANG

✓ | **Beneficiário**

Dados do Beneficiário

Código Beneficiário	Nome	Data Nascimento	Empresa	Plano
00202510312500000101	NELCI PIERINA AMADORI	29/06/1967	PESSOA FÍSICA	AVANÇADO

Observações Clínicas

Justificativa da Guia

Alterar Guia **Alteração Cadastral** **Situação Atual**

NESSE MOMENTO O SISTEMA ABRE A GUIA DE RECURSO DE GLOSA REFERENTE À GUIA INFORMADA.

PARA RECORRER À GLOSA REALIZADA DEVERÁ SER ANALISADO O MOTIVO APRESENTADO E OS CAMPOS DE OBSERVAÇÕES PREENCHIDOS NA GUIA. NELE SÃO APRESENTADAS AS INCONSISTÊNCIAS DA GUIA ORIGINAL.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

Ficha de Anamnese

Incluir Imagens Visualizar Imagens

Código	Procedimento	RX/Foto /Imagem	Aplicação	Valor	U.S.O.	Garantia	Justificativa do Ato
85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	Não	17		1175	1317 - SEM ASSINATURA DO ASSISTIDO	
Total Orçado				R\$ 0,00	0		

Validar Atos

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

APÓS O
PREENCHIMENTO
DA JUSTIFICATIVA,
CLIQUE EM
VALIDAR ATOS

DESCREVA A
JUSTIFICATIVA
NESTE CAMPO

A ÚLTIMA COLUNA DA GUIA
DEVERÁ SER PREENCHIDA
COM A **JUSTIFICATIVA DO
ATO**, AO QUAL ESTÁ SENDO
RECORRIDO.

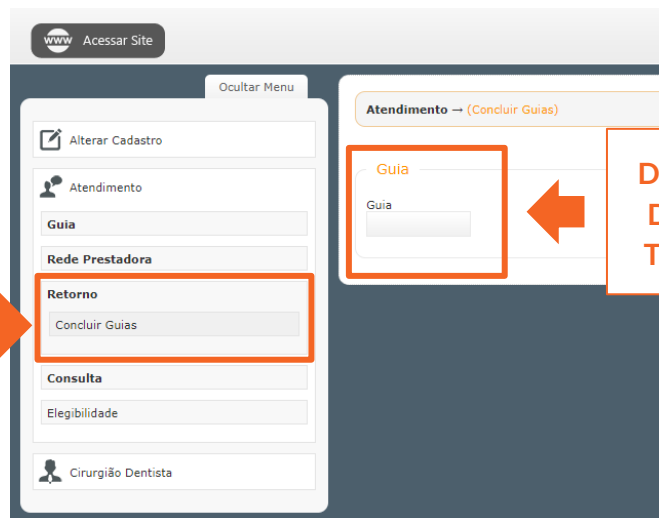
PARA FALTA DE ASSINATURA
O DENTISTA DEVERÁ
IMPRIMIR A GUIA DE
RECURSO E SOLICITAR QUE
O BENEFICIÁRIO ASSINE NO
CAMPO DE JUSTIFICATIVA
DO ATO.

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?



NESSE MOMENTO O STATUS DA GUIA
SERÁ ALTERADO PARA VALIDADA.

APÓS ESTAR VALIDADA, A
GUIA ESTARÁ LIBERADA
PARA IMPRESSÃO E
ASSINATURA DO CIRURGIÃO
DENTISTA.



DIGITE O NÚMERO
DA GUIA E DÊ UM
TAB NO TECLADO

APÓS ASSINATURA
DA GUIA, CONCLUIR
GUIA NO SISTEMA

ASSINADA PELO
BENEFICIÁRIO DENTRO DO
CAMPO DE JUSTIFICATIVA
DE ATO.

COM O STATUS VALIDADA É
POSSÍVEL REALIZAR A
CONCLUSÃO DA GUIA E
ENTREGA NA PRODUÇÃO DO
MÊS A ODONTOLIFE

O QUE FAZER SE EU FOR GLOSADO?

O PRAZO DE VALIDADE PARA REALIZAR O RECURSO DAS GLOSAS É DE **30 DIAS APÓS O ACESSO AO AVISO DE CRÉDITO** AO QUAL A GUIA FOI GLOSADA.

A GUIA DE RECURSO DE GLOSA DEVERÁ SER CONCLUÍDA NO APP DEPOIS DE ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO.

SERÁ POSSÍVEL ABRIR RECURSO SOMENTE **1 VEZ**, CASO SEJA NEGADO, O MESMO **NÃO PODERÁ** ABRIR UMA RÉPLICA E SOLICITAR NOVO RECURSO.

COM O STATUS VALIDADA É POSSÍVEL REALIZAR A CONCLUSÃO DA GUIA E ENTREGÁ-LA NA PRODUÇÃO DO MÊS À ODONTOLIFE POR MEIO DO APP.

**UMA GUIA BEM
PREENCHIDA GERA
UMA PRODUÇÃO
SEM PROBLEMAS!**

PROFISSIONAL, ESTEJA ATENTO AOS CAMPOS DE PREENCHIMENTO!