

Manual de Preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico

CABEÇALHO:

1. Registro ANS:
 - a. Número 32744-1;
 - b. Vem impresso no formulário;
 - c. Representa o número de registro da UNIODONTJF na ANS;
 - d. É campo de preenchimento obrigatório.
2. N°.:
 - a. Número da guia;
 - b. Impressa no formulário para as guias confeccionadas em gráfica.
 - c. Para guias emitidas diretamente no computador deverá ser requerido através do site da UNIODONTOJF:
 - i. Acessar site www.uniodontojf.com.br;
 - ii. Acessar área COOPERADO;
 - iii. Acessar NÚMERO DA GUIA;
 - iv. Campo de preenchimento obrigatório;
3. Data de Emissão da guia:
 - a. Data de preenchimento da guia.
4. Data da Autorização:
 - a. Data em que autorização foi concedida;
5. Senha:
 - a. Senha de autorização.
6. Data de validade da senha;
 - a. Data de expiração da validade da senha;
7. Número da Guia Principal:
 - a. Número da guia que originou o tratamento quando esse for desmembrado em diversas guias.

DADOS DO BENEFICIÁRIO:

8. Número da carteira:
 - a. Número do código de usuário constante na carteira de beneficiário UNIODONTO;
 - b. Formato: X99-999-9999-999999-99.
 - c. Campo de preenchimento obrigatório.
9. Plano:
 - a. Código do plano indicado na carteira de beneficiário UNIODONTOJF (PL);
 - b. São indicados pelos códigos:
 - i. B1 – Máster I – PF;

- ii. B2 – Máster II – PJ – Empresarial;
 - iii. B3 – Máster III – PJ – Adesão;
 - iv. B4 – Plus – PF;
 - v. B5 – Plus – PJ;
 - vi. B6 – Plus – PJ – Adesão;
 - vii. CP – Co-participação – PF;
 - viii. PP – Co-participação – PJ;
 - ix. OC – Kids;
 - x. CO – Card – PJ.
- c. Campo de preenchimento obrigatório.
10. Empresa:
- a. Nome da empresa ao qual o plano para pessoa jurídica está vinculado;
 - b. Consta na carteira de beneficiário UNIODONTO logo após o código do plano;
11. Data da validade da carteira:
- a. Data de término da validade da carteira de beneficiário UNIODONTOJF
12. Número do Cartão Nacional de Saúde.
- a. Número do Cartão Nacional de Saúde.
13. Nome:
- a. Nome do beneficiário ao qual a guia de tratamento odontológico se refere.
14. Telefone:
- a. Número de telefone para contato com o beneficiário ou seu responsável.
15. Nome do Titular do Plano:
- a. Nome do beneficiário titular, ou seja, o beneficiário que possui os direitos de titularidade do plano.

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO:

16. Nome do Profissional Solicitante:
- a. Nome do Cirurgião Dentista responsável pelas informações contidas na GTO.
17. Número no CRO:
- a. Número do registro do Cirurgião Dentista no Conselho Regional de Odontologia.
18. UF:
- a. Unidade da Federação sede do CRO ao qual o CD está registrado.
19. Código CBO-S:
- a. Código da especialidade odontológica do CD, conforme tabela:

CÓDIGO CBO-S	DESCRIÇÃO
06310	CIRURGIÃO DENTISTA EM GERAL
06330	CIRURGIÃO DENTISTA – SAÚDE PÚBLICA

CÓDIGO CBO-S	DESCRIÇÃO
06335	CIRURGIÃO DENTISTA – TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL
06340	CIRURGIÃO DENTISTA – ENDONDOTIA
06345	CIRURGIÃO DENTISTA – ORTODONTIA
06350	CIRURGIÃO DENTISTA – PATOLOGIA BUCAL
06355	CIRURGIÃO DENTISTA – PEDIATRIA
06360	CIRURGIÃO DENTISTA – PRÓTESE
06370	CIRURGIÃO DENTISTA – RADIOLOGIA
06375	CIRURGIÃO DENTISTA – PERIODONTIA

20. Código na Operadora:
- Código de cadastramento do CD na cooperativa.
21. Nome do Contratado Executante:
- Nome do contratado (pessoa física ou jurídica) executante do serviço.
22. Número no CRO:
- Número do registro do contratado executante no Conselho Regional de Odontologia.
23. UF:
- Unidade da Federação sede do CRO ao qual o contratado executante está registrado.
24. Código CBO-S:
- Código da especialidade odontológica do contratado executante, conforme tabela do campo 19.
25. Nome do Profissional Executante:
- Nome do profissional executante do serviço.
26. Número no CRO:
- Número do registro do profissional executante no Conselho Regional de Odontologia.
27. UF:
- Unidade da Federação sede do CRO ao qual o profissional executante está registrado.
28. Código CBO-S:
- Código da especialidade odontológica do profissional executante, conforme tabela do campo 19.

PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS / PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

29. Tabela:
- Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos odontológicos. Atualmente esse código é “00” uma vez que há a obrigatoriedade de utilização da tabela TUSS.
30. Código do Procedimento:
- Código constante na tabela TUSS indicativo do ato odontológico a ser executado.

31. Descrição:

- a. Descrição do procedimento solicitado, conforme tabela TUSS.

32. Dente / Região:

- a. Identificação do dente (permanente ou decíduo) ou região, segundo tabela:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo
34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Esquerdo
42	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
43	Canino Inferior Esquerdo
44	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
45	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
46	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
47	Segundo Molar Inferior Esquerdo

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
48	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
51	Incisivo Central Decíduo Superior Direito
52	Incisivo Lateral Decíduo Superior Direito
53	Canino Decíduo Superior Direito
54	Primeiro Molar Decíduo Superior Direito
55	Segundo Molar Decíduo Superior Direito
61	Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
63	Canino Decíduo Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
71	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
72	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
73	Canino Inferior Esquerdo
74	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
75	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
81	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
82	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
83	Canino Decíduo Inferior Esquerdo
84	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
85	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
99	Dente Extranumerário

33. Face:

a. Identificação da face do dente, conforme tabela de domínio constante.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal

34. Qtd.:

a. Quantidade solicitada / executada do procedimento.

35. Quantidade US:

a. Valor em Unidades de Serviço referente ao procedimento solicitado / executado.

36. Valor R\$:
- a. Valor em Reais do procedimento solicitado / executado.
37. Franquia / co-participação R\$:
- a. Valor em Reais da co-participação de acordo com o valor do procedimento solicitado / executado.
38. Aut.:
- a. Indicador de existência de autorização para o procedimento solicitado / executado – letras S (sim) e N (não).
39. Data da Realização:
- a. Data em que o procedimento foi realizado.
40. Assinatura:
- a. Assinatura do beneficiário dando ciência que o Ato Odontológico foi realizado.
41. Data de Término:
- a. Data em que o tratamento foi encerrado.
42. Tipo de atendimento:
- a. Tipo de atendimento realizado conforme tabela indicativa.
- | INDICADOR | DESCRIÇÃO |
|-----------|-------------------------|
| 1 | Tratamento Odontológico |
| 2 | Exame radiológico |
| 3 | Ortodontia |
| 4 | Urgência / Emergência |
| 5 | Auditoria |
43. Tipo de faturamento:
- a. Informa o tipo de faturamento realizado. Pode assumir os valores:
- | SIGLA | DESCRIÇÃO |
|-------|-----------|
| T | Total |
| P | Parcial |
44. Total Quantidade US:
- a. Somatório da quantidade de US, coluna 35, dos procedimentos solicitados / executados.
45. Valor Total R\$:
- a. Somatório do valor total em Reais, coluna 36, dos procedimentos solicitados / executados.
46. Total Franquia / Co-participação R\$:
- a. Somatório do valor total em Reais, coluna 37, da co-participação de acordo com o valor do procedimento solicitado.
47. Observação:
- a. Texto livre para observações em geral.
48. Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:

- a. Data, local e assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.
- 49. Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratante / Executante:
 - a. Data, local e assinatura do Cirurgião Dentista executante do tratamento:
- 50. Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:
 - a. Data, local e assinatura do Beneficiário ou de seu responsável legal.
- 51. Data, Local e Carimbo da Empresa:
 - a. Data, local e carimbo da empresa.