

3º Passo - Tratamento Realizado pelo Profissional

No término do tratamento o Profissional deverá preencher o campo 39 com as respectivas datas de realização dos procedimentos. No campo 41 deverá ser inserida a data do término do tratamento

O beneficiário deverá assinar no campo 40 em todos os procedimentos que foram realmente realizados.

No verso do beneficiário deverá assinar e datar o campo 24 para comprovação do término do tratamento.

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Eltronorte

1 - Registro ABE 40196-0 2 - Data de Emissão de Guia [21/01/08] / [01/8] 3 - Data de Autorização [21/01/08] / [01/8] 4 - Senha 5 - Data Validade da Senha 6 - Número da Guia Principal 7 - Nº 113240/08

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9 - Plano 1 - PPRS 10 - Empresa 11 - Data Validade da Carteira [20/04/09] 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome Gilberto Verissimo 14 - Telefone 15 - Nome do titular do plano Gilberto Verissimo

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante José Silva 17 - Número no CRO 3779 18 - UF DF 19 - Código CBOE

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF [07179990000109] 21 - Nome do Contratado Executante Clínica Odontológica Jarbas 22 - Número no CRO 1412 23 - UF DF 24 - Código CNES

25 - Nome do Profissional Executante José Silva 26 - Número no CRO 3779 27 - UF DF 28 - Código CBOE

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados

39 - Data	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Dentista 1º Fase	43 - 2º Fase	44 - Quantidade US	45 - Valor US	46 - Valor R\$	47 - Frequência-participação	48 - Situação	49 - Data
1-04	720101002	Consulta	ASAI	01		2,5	2,5		S	21/05/08
2-04	720101057	Controle de placa	ASAI	01		4,6	7,7		S	30/05/08
3-04	720101090	Orientação de higiene bucal	ASAI	01		3,5	2,5		S	30/05/08
4-04	720101046	Tratamento de Gingivite	S1	01		1,9	0,0		S	30/05/08
5-04	720101046	Tratamento de Gingivite	S2	01		1,9	0,0		S	30/05/08
6-04	720101046	Tratamento de Gingivite	S3	01		1,9	0,0		S	30/05/08
7-04	720101046	Tratamento de Gingivite	S4	01		1,9	0,0		S	30/05/08
8-04	720101046	Tratamento de Gingivite	S5	01		1,9	0,0		S	30/05/08
9-04	720101046	Tratamento de Gingivite	S6	01		1,9	0,0		S	30/05/08
10-04	720101046	Tratamento de Gingivite	ASAI	01		2,2	0,0		S	30/05/08
11-04	720101046	Aplicação tópica de Flúor	ASAI	01		2,2	0,0		S	30/05/08

39 - Data Término do Tratamento [21/01/08] / [01/8] 40 - Tipo de Atendimento 41 - Tipo de Faturamento 42 - Valor Operadora US 43 - Valor Operadora R\$ 44 - Valor Operadora R\$ [21/01/08] / [01/8] 45 - Total Procedimentos Realizados

46 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [21/01/08] / [01/8] 47 - Data, local e Assinatura do Profissional Responsável [21/01/08] / [01/8] 48 - Data, local e Cartão da Empresa [21/01/08] / [01/8] 49 - Matr 60 8224-4 Eltronorte

Dr. José Silva CRO 3779 Dr. José Silva CRO 3779 Dr. Marina C. Goelzer CRO 992 / CPF 117.614.660-20 Matr 60 8224-4 Eltronorte

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

Eltronorte

1 - Registro ABE 40.196-0 2 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

3 - Número da Carteira 4 - Plano 5 - Empresa 6 - Data Validade da Carteira

7 - Nome 8 - Telefone 9 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado

10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 11 - Nome do Contratado 12 - Número no CRO 13 - UF 14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional 16 - Número no CRO 17 - UF 18 - Código CBOE

Situação Inicial

Situação Inicial	19	17	16	15	14	13	12	11	21	23	24	25	26	27	28
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	23	24	25	26	27	28
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Situação Inicial															

20 - Situações clínicas de doenças periodontais? Sim / Não 21 - Abstração das feições molares? Sim / Não

SITUAÇÃO INICIAL

A - Ausência B - Coração C - Causa D - Estado E - Restaurado

22 - Observação

Tratamento auditado e autorizado sem exame clínico inicial e final

23 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário [21/01/08] / [01/8] 25 - Data, local e Cartão da Empresa

Dr. Marina C. Goelzer CRO 992 / CPF 117.614.660-20 Matr 60 8224-4 Eltronorte

4º Passo – Apresentação da Guia para Faturamento

Realizados os passos 1, 2 e 3 o profissional poderá então apresentar as guias para faturamento.

TRATAMENTO COM PERÍCIA INICIAL E/OU FINAL

1º Passo - Guia emitida pelo Profissional Dentista

A Clínica e/ou o profissional deverão preencher, após o primeiro atendimento ao beneficiário, a Guia de Tratamento Odontológico nos campos 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39.

Os campos 48 e 49 deverão ser assinados e carimbados pelo profissional no início do tratamento.

O beneficiário deverá assinar os campos 50 e 40, este último deverá ser assinado apenas na alínea em que conste o procedimento CONSULTA INICIAL.

O verso da guia, qual seja o Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial, o profissional deverá assinalar a Situação Inicial bem como os campos 20 e 21.

Obs: Os campos 32 e 33 devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Domínio de odontologia do Manual Tiss que pode ser encontrado pelo link: <http://www.eln.gov.br/opencms/opencms/aEmpresa/saude/>

Estronorte										GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO																			
1 - Registro ANS 40195-0		3 - Data de Emissão da Guia		4 - Data de Autorização		5-Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Numero da Guia Principal		2 - N°																	
Dados do Beneficiário																													
8 - Número da Carteira					9 - Plano					10 - Empresa					11 - Data Validade da Carteira					12 - Número do Cartão Nacional de Saúde									
13 - Nome										14 - Telefone					15 - Nome do titular do plano														
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																													
16 - Nome do Profissional Solicitante										17 - Número do CRO					18 - UF					19 - Código CBO6									
20 - Código da Operadora / CNO / CPF										21 - Nome do Contratado Executante					22 - Número do CRO					23 - UF					24 - Código CNES				
25 - Nome do Profissional Executante										26 - Número do CRO					27 - UF					28 - Código CBO6									
Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados																													
29 - Tabala	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Raiz	33 - Pac	34 - Qtd	35 - Quantidade US	36 - Valor R\$	37 - Procedimento compartilhado	38 - Aut	39 - Valor R\$	40 - Assinatura																		
1	9 4	7 3 0 1 0 0 2	ASAI	0	f		2 5																						
2	9 4	7 3 0 1 0 0 5 7	ASAI	0	f		4 6																						
3	9 4	7 3 0 1 0 1 9 0	ASAI	0	f		3 5																						
4	9 4	7 3 0 1 0 1 4 6	S7	0	f		1 3																						
5	9 4	7 3 0 1 0 1 4 6	S2	0	f		1 3																						
6	9 4	7 3 0 1 0 1 4 6	S3	0	f		1 3																						
7	9 4	7 3 0 1 0 1 4 6	S4	0	f		1 3																						
8	9 4	7 3 0 1 0 1 4 6	S5	0	f		1 3																						
9	9 4	7 3 0 1 0 1 4 6	S6	0	f		1 3																						
10	9 4	7 1 0 1 0 1 3 0	ASAI	0	f		2 3																						
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
39 - Data Término do Tratamento		40 - Tipo de Atendimento		41 - Nome do Paciente		42 - Data de Assinatura		43 - Assinatura do Contratado		44 - Assinatura do Profissional																			
<p>Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, técnicas, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 os procedimentos (descritos) acima, e por mim assinados, foram realizados(s) com o 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, compreendendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.</p>																													
47 - Observação																													
48 - Data, local e assinatura do Contratado Solicitante										49 - Data, local e assinatura do Contratado					50 - Data, local e assinatura do Beneficiário/Responsável					51 - Data, local e Carimbo da Empresa									
[2] 0 [0] 5 / [0] 8										[2] 0 [0] 5 / [0] 8					[2] 0 [0] 5 / [0] 8														
Dr. José Silva CRO 3779										Dr. José Silva CRO 3779																			

5º Passo – Apresentação da Guia para Faturamento

Realizados todos os passos o profissional poderá então apresentar as guias para faturamento.