PROGRAMA

Foco na REDE

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 024-09
Barueri, julho de 2009.

REF: ALTERAÇÃO NA DATA DE PAGAMENTO E ENVIO DAS GUIAS DE TRATAMENTO

Prezado(a) Credenciado(a),

A partir de **setembro de 2009** alteraremos a data de pagamento para o dia **1° (primeiro)**. Em razão disso, todas as etapas que envolvem este processo sofrerão modificações. Conheça as datas e adaptações em seu dia-a-dia:

DATA DE POSTAGEM DA GUIA DE TRATAMENTO E REVISÕES	Deverá ocorrer até o **1° (primeiro) dia** do mês, exceto se esta data coincidir com Sábado, Domingo ou Feriado. Nestes casos, deve-se utilizar o dia **útil anterior** (veja exemplo abaixo)**.** Lembramos que a data de postagem considerada é a que consta no carimbo do envelope e não o comprovante de entrega fornecido pelo Correios. Recomendamos utilizar a postagem via sedex ou carta registrada. A OdontoPrev não se responsabiliza por extravio de guias ou qualquer outro documento pelo Correios.
TRIBUTOS	**Consultório Pessoa Física** - O portal OdontoPrev estará disponível do dia 01 a 15 do mês vigente para que o credenciado informe o INSS retido do mês (credenciados com retenção parcial ou total).
DATA DE PAGAMENTO	Dia 01 (exceto sábados, domingos e feriados). Neste caso, o pagamento ocorrerá no primeiro dia útil subseqüente. Exemplo: O pagamento das guias postadas até dia **01 de outubro** ocorrerá em **02 de novembro.**

Conheça as novas datas para o envio de guias, informe de tributos e pagamento nesta fase de transição:

NOVAS DATAS NO PROCESSO DE PAGAMENTO	**Dia 01/08/2009***	* Nova data final para a postagem das guias e/ou fichas de tratamento que serão pagas em **01/09/2009**. Neste caso, para seguir as orientações da tabela acima (dia útil) deve-se antecipar o envio para o dia **31/07/2009.**
	Dia 01/09/2009	Nova data final para postagem das guias que serão pagas em **01/10/2009** e pagamento das guias postadas até **31/07/2009**.
	De 01 a 15/09/2009	Novo período disponível para informar a retenção de tributos no portal OdontoPrev referente ao pagamento que ocorrerá em **01/10/2009.**

O pagamento das guias postadas até o dia 07/07/2009 será realizado em 07/08/2009. Entre os dias 01 e 05/08/2009, o portal OdontoPrev estará disponível para que os consultórios tipo **Pessoa Física** informem os tributos referentes ao pagamento do mês.

Importante: Para evitar impactos neste período efetue a postagem das guias até o dia **31/07/2009**. O demonstrativo de pagamento também será antecipado com a implantação das novas datas.

Em caso de dúvidas sobre este assunto ou qualquer procedimento operacional, entre em contato com nossos Consultores Especialistas pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone (11) 2198-7590 para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e 0800 722 22 98 para demais localidades.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

ANS - nº 30194-9

PROGRAMA

Foco na REDE

OdontoPrev

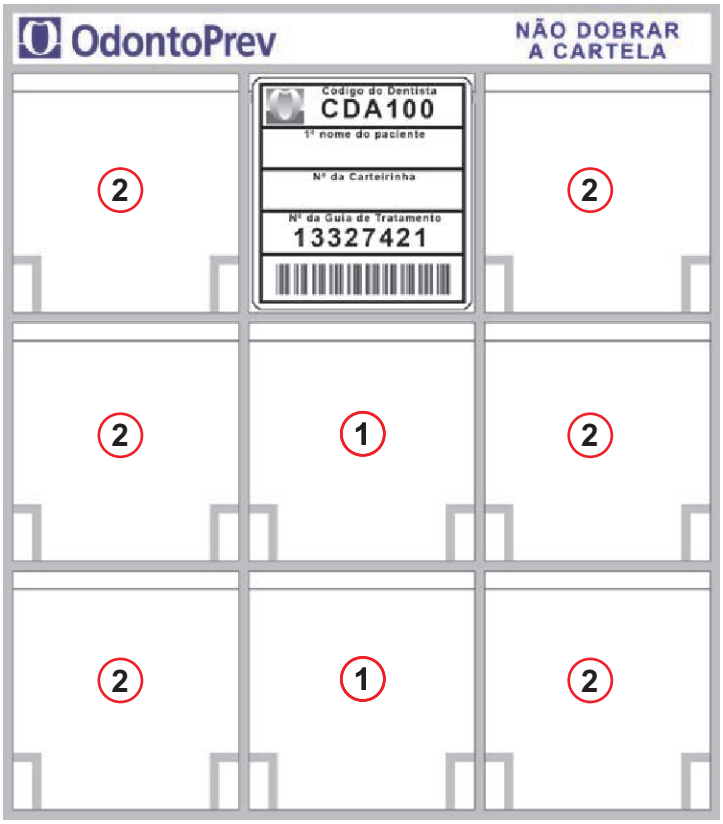
OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 025-09
Barueri, julho de 2009.

REF: NOVO MODELO DE CARTELA RADIOGRÁFICA

Prezado(a) Credenciado(a),

Você acaba de receber o novo modelo de cartela radiográfica OdontoPrev. A principal alteração é o formato dos casulos (divisões), permitindo que você acondicione as radiografias, tanto na posição vertical, quanto na posição horizontal.
Encaminhamos algumas recomendações de utilização da nova cartela conforme modelo abaixo:



1 Acondicione as radiografias de regiões anteriores na posição vertical e utilize preferencialmente os casulos (divisões) centrais.

2 Acondicione as radiografias de regiões posteriores na posição horizontal e utilize preferencialmente os casulos (divisões) laterais.

Quando for necessário o uso de duas cartelas, procure acondicionar as radiografias iniciais em uma cartela e as finais em outra, identificando-as. Isso facilitará o posterior acesso ao prontuário do associado.

Aproveitamos para relembrar as regras OdontoPrev para o envio de radiografias:

✓ Obrigatória a utilização da Cartela OdontoPrev
✓ Não grampear o RX na Cartela/Guia
✓ Não recortar RX ou Cartela OdontoPrev
✓ Utilizar apenas uma película por casulo
✓ As radiografas devem estar bem reveladas e fixadas.
✓A identificação correta por meio da etiqueta é imprescindível e obrigatória.
✓ Não escrever, nem colar adesivos sobre as películas ou na cartela radiográfica.

Ressaltamos que **alguns tratamentos necessitam do envio da(s) imagem(ns) comprobatória(s) em conjunto com a guia e/ou ficha de tratamento.** Nestes casos, a ausência deste(s) documento(s) torna inviável o seu pagamento. Para evitar transtornos em seu dia-a-dia, pedimos sua especial atenção para este procedimento.

As cartelas plásticas e respectivas radiografias serão devolvidas após digitalização para serem arquivadas no prontuário do Associado (Beneficiário) em seu consultório.

Em caso de dúvidas sobre este assunto ou qualquer procedimento operacional, entre em contato com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefones (11) 2198-7590 para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e 0800 722 22 98 para demais localidades.
Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

ANS - nº 30194-9

PROGRAMA **Foco na REDE**

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 018-09
São Paulo, Maio de 2009.

REF: ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DA GTO CONFORME PADRÃO TISS

Prezado(a) Credenciado(a),

A ANS (Agência Nacional de Saúde) adotou um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados (OdontoPrev) e prestadores de serviços de saúde (consultórios e/ou clínicas odontológicas).

Desde então, utilizamos este novo modelo e orientamos por meio de informativos os campos de preenchimento obrigatório e disponibilizamos nossos canais de acesso (Portal, Disque OdontoPrev e Consultores Especialistas) para o esclarecimento de dúvidas com o propósito de se adequar às novas exigências da legislação.

Durante este processo alguns ajustes foram necessários e novos informativos encaminhados. Apesar disso, identificamos alguns casos de preenchimento equivocado e/ou incompleto que têm gerado transtornos e retrabalho.

Com intuito de resolver estas questões e facilitar o seu dia-a-dia, estamos disponibilizando por meio de anexos um modelo preenchido de guia para tratamentos em **Clínica Geral, Ortodontia (manutenção ortodôntica) e Radiologia.**

Vale ressaltar que o preenchimento equivocado e/ou incompleto destes campos invalida a guia como documento legal e conseqüentemente impede o repasse de valores.

Em caso de dúvidas sobre este assunto fale com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone **(11) 2198-7590** para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e **0800 722 22 98** para demais localidades.

Contamos com a sua colaboração e estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

OdontoPrev — GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero Guia Principal	2 - Nº
30194-9			IINT00 (5)		(7)	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
(8) 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0	(9) Integral	(10) Modelo S.A		

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano
(13) José da Silva	(14) 11 0 0 0 0 - 0 0 0 0	(15) O mesmo

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S
(16)	(17) 54321	(18) SP	

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CNES
T S T 1 0 1	(21) João da Silva	(22) 12345	(23) SP	

25 - Nome do Profissional Executante	26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade US	36 - Valor R$	37 - Franquia/Co-participação R$	38 - Aut	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
01-	94	0 4 0 1 8	Rest. RC 2 Faces c/ forr.	46	MO	01					01/01/09	
02-	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)					(39)	(40)
03-	94											
04-	94											
05-	94											
06-	94											
07-	94											
08-	94											
09-	94											
10-	94											
11-	94											
12-	94											
13-	94											
14-	94											
15-	94											
16-	94											
17-	94											

Modelo de Preenchimento em Clínica Geral

41 - Data Término do Tratamento	42 - Tipo de Atendimento	43 - Tipo de Faturamento	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R$	46 - Total Franquia / Co-participação R$
	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	T - Total P - Parcial			

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(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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.

47 - Observação

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
(48)	01/01/09 (49)	(50)	

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA (GTO) MODELO TISS

1. Dados cadastrais do Associado (beneficiário) e do prestador (cirurgião-dentista).

5 SENHA - (elegibilidade) fornecida pelo sistema, utilizando-se o Portal ou o Disque OdontoPrev.

7 NÚMERO GUIA PRINCIPAL - preencher somente
a) quando se tratar de requisição de exames radiográficos;
b) em caso de tratamento que necessite de complementações de procedimentos, alterações no planejamento ou conforme solicitação da Auditoria Clínica da OdontoPrev.

8 NÚMERO DA CARTEIRA - preencha com o número da carteira OdontoPrev do beneficiário(a).

9 PLANO - nome do plano do beneficiário. Exemplo: Master, Integral.

10 EMPRESA - nome da empresa que consta na carteira do(a) Beneficiário(a) OdontoPrev.

13 NOME - do(a) Beneficiário(a) que atendido(a).

14 TELEFONE - do(a) Beneficiário(a) que atendido(a).

15 NOME DO TITULAR DO PLANO - informar o nome do titular do plano quando este não for o paciente atendido.

16 17 18 Estes campos deverão ser preenchidos somente quando se tratar de requisição de exames radiográficos (ver Manual Operacional OdontoPrev).

20 CÓDIGO NA OPERADORA - é o código cadastrado na OdontoPrev, do cirurgião-dentista ou clínica que realizará o tratamento.

21 NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE - nome do(a) cirurgião(ã)-dentista que realizará o tratamento.

22 CRO - do(a) cirurgião(ã)-dentista que realizará o tratamento.

23 UF - Unidade da Federação.

2. Plano de Tratamento - Para o correto preenchimento da Guia, deverão ser anotados os seguintes campos:

29 TABELA - preenchido com o código padrão OdontoPrev TISS (94).

30 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - preencher o código do procedimento realizado, de acordo com a Tabela de Procedimentos OdontoPrev. Deve-se informar apenas um código por linha.

31 DESCRIÇÃO - descrever procedimento conforme a Tabela de Procedimentos OdontoPrev de acordo com o código do **Campo** 30

32 DENTE / REGIÃO - deve-se preencher o número do dente em tratamento ou sigla da região:

DENTES:
- do 11 ao 48 - dentes permanentes
- do 51 ao 85 - dentes decíduos

Para os supranumerários permanentes:
- 19 - hemiarco superior direito
- 29 - hemiarco superior esquerdo
- 39 - hemiarco inferior esquerdo
- 49 - hemiarco inferior direito

Para os supranumerários permanentes:
- 59 - hemiarco inferior esquerdo
- 69 - hemiarco superior esquerdo
- 79 - hemiarco inferior esquerdo
- 89 - hermiarco inferior direito

REGIÃO:
- AS - arco superior
- AI - arco Inferior
- HASD - hemiarco superior direito
- HASE - hemiarco superior esquerdo
- HAID - hemiarco inferior direito
- HAIE - hermiarco inferior esquerdo
- ASAI - Arcos superior e inferior

33 FACE - registrar a face utilizando, obrigatoriamente, as siglas: **O** - oclusal; **M** - mesial; **L** - lingual; **V** - vestibular; **D** - distal; **I** - incisal; **P** - palatina.

34 QUANTIDADE - o preenchimento deve seguir a seguinte orientação:
Para tratamentos que envolvam dentes:

Cód. do Proced.	Descrição	Dente/Região	Face	**Qtde.**
04.018	Rest. RC 2 faces com forr.	46	MO	**1**
04.018	Rest. RC 2 faces com forr.	36	MO	**1**

Para tratamentos que envolvam regiões:

Cód. do Proced.	Descrição	Dente/Região	Face	**Qtde.**
08.004	Curet Subg por arco c/ polim.	ASAI		**2**
08.014	Gengivectomia por hemiarco	HASD		**1**

3. Para finalizar o tratamento, preencher:

39 DATA DA REALIZAÇÃO - preencher data após a realização de cada procedimento.

40 ASSINATURA - do beneficiário após a realização do procedimento.

47 OBSERVAÇÕES: utilizar quando:
- Necessária a comunicação entre o cirurgião-dentista credenciado e a Auditoria clínica OdontoPrev;
- Para informar o número da revisão de repasse;
- Para informar o número da ocorrência caso tenha sido reportada ou **Aut**orização **Esp**ecial (AUTESP) durante o transcorrer de todo o tratamento.

48 •CAMPO 48 - preencher quando se tratar de solicitação de exames radiográficos (ver Manual Operacional OdontoPrev).

49 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA - deverá ser assinado após o término de todos os tratamentos.

50 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO(A) / RESPONSÁVEL deverá ser assinado após o término de todos os tratamentos.

IMPORTANTE: para o sistema operacional OdontoPrev estão dispensados os demais campos da guia que não foram indicados para preenchimento.

É importante preencher a GTO (modelo TISS) com caneta, letra legível e sem rasuras, por se tratar de documentação legal.

Guias com preenchimento incorreto ou incompleto, rasuradas ou sem data de atendimento e assinatura não serão aceitas para fins de repasse.

Para tratamentos ortodônticos a GTO substitui a ficha de manutenção ortodôntica.
Em casos de início de tratamento, utilize a **Ficha Início de Ortodontia**.

Havendo dúvidas sobre o preenchimento da GTO, entre em contato conosco pelo suporteaodentista@odontoprev.com.br ou nos telefones (11) 2198 -7590 para São Paulo e cidades com prefixo 11 e demais localidades 0800 722 22 98.

Orientações da GTO em Clínica Geral

OdontoPrev

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número Guia Principal	2 - Nº
30194-9			5 INJJ22		7	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 1 0 0 0 0 0 0 0 1	9 Master	10 Modelo S.A		

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano
13 José da Silva Junior	14 (1 1) 2 3 4 5 - 6 7 8 9	15 José da Silva

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S

20 - Código na Operadora / CPF	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CNES
20 W 1 1 1 1 1	21 João da Silva	22 12345	SP 23	

25 - Nome do Profissional Executante	26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade US 36 - Valor R$	37 - Franquia/Co-participação R$	38 - Aut	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
01-	9 4	3 0 0 3 5	Manut. Esp. Orto			0 1				0 1 / 0 1 / 0 9	
02-	29	30	31			34				39	40
03-	9 4										
04-	9 4										
05-	9 4										
06-	9 4										
07-	9 4										
08-	9 4										
09-	9 4										
10-	9 4										
11-	9 4										
12-	9 4										
13-	9 4										
14-	9 4										
15-	9 4										
16-	9 4										
17-	9 4										

Modelo de Preenchimento em Ortodontia - Manut. Ortodôntica

41 - Data Término do Tratamento	42 - Tipo de Atendimento	43 - Tipo de Faturamento	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R$	46 - Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	T - Total P - Parcial			

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(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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.

47 - Observação

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
/ /	49 0 1 / 0 1 / 0 9	0 1 / 0 1 / 0 9 50	/ /

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA (GTO) MODELO TISS

1. Dados cadastrais do Associado (beneficiário) e do prestador (cirurgião-dentista).

5 SENHA - (elegibilidade) fornecida pelo sistema, utilizando-se o Portal ou o Disque OdontoPrev.

7 NÚMERO GUIA PRINCIPÁL - Número da ficha início do tratamento ortodôntico.

8 NÚMERO DA CARTEIRA - preencha com o número da carteira OdontoPrev do beneficiário(a).

9 PLANO - nome do plano do beneficiário. Exemplo: Master, Integral.

10 EMPRESA - nome da empresa que consta na carteira do(a) Beneficiário(a) OdontoPrev.

13 NOME - do(a) Beneficiário(a) que atendido(a).

14 TELEFONE - do(a) Beneficiário(a) que atendido(a).

15 NOME DO TITULAR DO PLANO - informar o nome do titular do plano quando este não for o paciente atendido.

20 CÓDIGO NA OPERADORA - é o código cadastrado na OdontoPrev, do cirurgião-dentista ou clínica que realizará o tratamento.

21 NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE - nome do(a) cirurgião(ã)-dentista que realizará o tratamento.

22 CRO - do(a) cirurgião(ã)-dentista que realizará o tratamento.

23 UF - Unidade da Federação.

2. Plano de Tratamento - Para o correto preenchimento da Guia, deverão ser anotados os seguintes campos:

29 TABELA - campo já preenchido com o código no padrão OdontoPrev TISS (94).

30 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - preencher o código do procedimento realizado, de acordo com a Tabela de Procedimentos OdontoPrev. Deve-se informar apenas um código por linha.

31 DESCRIÇÃO - descrever procedimento conforme a Tabela de Procedimentos OdontoPrev de acordo com o código do **Campo** 30

34 QUANTIDADE - preencher com 01 (um).

39 DATA DA REALIZAÇÃO - preencher data após a realização de cada procedimento.

40 ASSINATURA - do beneficiário após a realização do procedimento.

3. Ao finalizar o tratamento, preencher:

49 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA - deverá ser informado após o término dos procedimentos.

50 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO(A) / RESPONSÁVEL deverá ser informado após o término dos procedimentos.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para o sistema OdontoPrev estão dispensados os demais campos da guia que não foram indicados para preenchimento.

É importante preencher a GTO (modelo TISS) com caneta, letra legível e sem rasuras, por se tratar de documentação legal.

Guias com preenchimento incorreto ou incompleto, rasuradas, sem data de atendimento e/ou assinaturas não serão aceitas e consequentemente não poderão ser pagas no repasse.

Enviar a GTO devidamente preenchida para:

ODONTOPREV S.A.
Alameda Tocantins, 125 15º andar
Bairro: Alphaville Industrial
Barueri - SP
CEP: 06455-020

A GTO substitui somente a Ficha de Manutenção Ortodôntica. Para iniciar o tratamento deve-se utilizar a Ficha para Início de Tratamento em Ortodontia.

Em caso de dúvidas sobre este ou outros procedimentos operacionais OdontoPrev entre em contato conosco pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou pelos telefones (11) 2198-7590 para São Paulo e municípios com prefixo 11 ou 0800 722 22 98 para demais localidades e fale com um de nossos Consultores Especialistas.

Orientações da GTO em Ortodontia

OdontoPrev — GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero Guia Principal	2 - Nº
30194-9			(5) INJJ22			

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
(8) 1 0 0 0 0 0 0 0 1	(9) Integral	(10) Modelo S.A		

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano
(13) José da Silva Junior	(14) 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	(15) José da Silva

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S
(16) Antonio Carlos	(17) 54321	SP (18)	

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CNES
R X X 9 9 9	(21) João da Silva	(22) 12345	SP (23)	

25 - Nome do Profissional Executante	26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade US 36 - Valor R$	37 - Franquia/Co-participação R$	38 - Aut	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
01-	94	0 6 0 1 5	Rad. Intra Oral Oclusal			0 1				0 1 / 0 1 / 0 9	
02-	(29)	(30)	(31)			(34)				(39)	(40)
03-	94										
04-	94										
05-	94										
06-	94										
07-	94										
08-	94										
09-	94										
10-	94										
11-	94										
12-	94										
13-	94										
14-	94										
15-	94										
16-	94										
17-	94										

Modelo de Preenchimento em Radiologia

41 - Data Término do Tratamento	42 - Tipo de Atendimento	43 - Tipo de Faturamento	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R$	46 - Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	T - Total P - Parcial			

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(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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.

47 - Observação

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
(48)	0 1 / 0 1 / 0 9 (49)	0 1 / 0 1 / 0 9 (50)	

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA (GTO) MODELO TISS

1. Dados cadastrais do Associado (beneficiário) e do prestador (cirurgião-dentista).

5 SENHA - (elegibilidade) fornecida pelo sistema, utilizando-se o Portal ou o Disque OdontoPrev.

7 NÚMERO GUIA PRINCIPAL - informar o número da GTO ou ficha do tratamento em execução.

8 NÚMERO DA CARTEIRA - preencha com o número da carteira OdontoPrev do beneficiário(a).

9 PLANO - nome do plano do beneficiário. Exemplo: Master, Integral.

10 EMPRESA - nome da empresa que consta na carteira do(a) Beneficiário(a) OdontoPrev.

13 NOME - do(a) Beneficiário(a) que atendido(a).

14 TELEFONE - do(a) Beneficiário(a) atendido(a).

15 NOME DO TITULAR DO PLANO - informar o nome do titular do plano quando este não for o paciente atendido.

16 Informar o nome do dentista solicitante (tratamento em execução)

17 Informar o CRO do dentista solicitante (tratamento em execução)

18 Informar a UF do CRO do dentista solicitante (trat. em execução)

20 CÓDIGO NA OPERADORA - é o código cadastrado na OdontoPrev, do cirurgião-dentista ou clínica que realizará o tratamento.

21 NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE - nome do(a) cirurgião(ã)-dentista que realizará o tratamento.

22 CRO - do(a) cirurgião(ã)-dentista que realizará o tratamento.

23 UF - Unidade da Federação.

2. Plano de Tratamento - Para o correto preenchimento da Guia, deverão ser preenchidos os seguintes campos:

29 TABELA - campo já preenchido com o código no padrão OdontoPrev TISS (94).

30 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - preencher o código do procedimento realizado, de acordo com a Tabela de Procedimentos OdontoPrev. Deve-se informar apenas um código por linha.

31 DESCRIÇÃO - descrever procedimento conforme a Tabela de Procedimentos OdontoPrev de acordo com o código do **Campo** 30

34 QUANTIDADE - informar a quantidade de imagens radiograficas produzidas.

3. Para finalizar o tratamento, preencher:

39 DATA DA REALIZAÇÃO - preencher data após a realização de cada procedimento.

40 ASSINATURA - do beneficiário após a realização do procedimento.

48 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA SOLICITANTE - informações do dentista solicitante (tratamento em execução)

49 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA - deverá ser assinado após o término de todos os tratamentos.

50 DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO(A) / RESPONSÁVEL deverá ser assinado após o término de todos os tratamentos.

IMPORTANTE: para o sistema operacional OdontoPrev estão dispensados os demais campos da guia que não foram indicados para preenchimento.

É importante preencher a GTO (modelo TISS) com caneta, letra legível e sem rasuras, por se tratar de documentação legal.

Guias com preenchimento incorreto ou incompleto, rasuradas ou sem data de atendimento e assinatura não serão aceitas para fins de repasse.

Havendo dúvidas sobre o preenchimento da GTO, entre em contato conosco pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou nos telefones (11) 2198-7590 para São Paulo capital e municípios com prefixo 11 e demais localidades 0800 722 22 98

Orientações da GTO em Radiologia

PROGRAMA **Foco na REDE**

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 022-09
São Paulo, Junho de 2009.

REF: ALTERAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES DO PROGRAMA DE REPOSIÇÃO DE MATERIAIS

Após a conclusão de nossos ajustes operacionais internos, iniciamos um novo processo de atendimento às solicitações de reposição de materiais odontológicos para seu consultório. Compare as principais mudanças em relação ao modelo anterior:

	SOLICITAÇÃO	PROCESSAMENTO	DATA PREVISTA PARA RECEBIMENTO	PRÓXIMA SOLICITAÇÃO
Processo Antigo	Realizado até o dia 20 de cada mês	Uma vez ao mês, após o dia 20.	Até 25 dias (úteis) após o processamento do pedido	A partir do envio do último pedido
Processo Atual	**Realizado em qualquer dia do mês**	**Na data da finalização do pedido**	**Até 15 dias (úteis) após o processamento do pedido**	**30 dias após a finalização do último pedido**

A partir de agora você definirá qual a data da finalização de seu pedido e o portal OdontoPrev informará quando será possível abrir uma nova solicitação. A redução no prazo de entrega dos materiais facilitará a sua programação.

Destacamos que a entrega dos materiais odontológicos depende da disponibilidade dos produtos no mercado fornecedor. Para reduzir o impacto destas mudanças você será informado por meio do Portal OdontoPrev de eventuais alterações, seja por atualização da Tabela de Materiais (em anexo), seja por consulta aos materiais disponíveis (clique na opção Tabela de Materiais no Menu Material Odontológico).

Outra característica do Programa de Reposição de Materiais é o período de validade dos pontos. Periodicamente realizamos o abatimento de pontos expirados, ou seja, não utilizados no prazo estabelecido em nosso **Manual Operacional (12 meses)**. Lembramos que, ao receber sua solicitação de materiais odontológicos, subtraímos os pontos acumulados com maior antecedência.

As solicitações devem ser realizadas exclusivamente pelo Portal OdontoPrev por meio do Menu Material Odontológico, item Novo Pedido.

Elaboramos uma apresentação que simula a solicitação de materiais e fechamento do pedido. Acesse o link http://www.odontoprev.com.br/wrapper/simula_materiais.ppt e esclareça suas principais dúvidas.

Em caso de dúvidas sobre este ou qualquer outro procedimento operacional entre em contato com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone **(11) 2198-7590** para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e **0800 722 22 98** para demais localidades.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

OdontoPrev
Especialistas em Odontologia

Tabela de Pontos para Reposição de Materiais Odontológicos

Família	Material (Descrição)	Especificação	Pontos
Acrílico	Dencor 78 gr	Cor 62	**20**
Acrílico	Dencor 78 gr	Cor 65	**20**
Acrílico	Dencor 78 gr	Cor 66	**20**
Acrílico	Dencor 78 gr	Cor 67	**20**
Acrílico	Dencor 78 gr	Cor 69	**20**
Acrílico	Dencor 78 gr	Cor 81	**20**
Acrílico	Dencor Líquido		**17**
Acrílico	Duralay Conjunto	Vermelho	**112**
Acrílico	Duralay Líquido		**27**
Acrílico	Duralay Pó 25 gr	Vermelho	**86**
Acrílico	Jet Líquido 120 ml		**18**
Acrílico	Jet Pó 220 gr	Incolor	**41**
Acrílico	Jet Pó 220 gr	Rosa	**41**
Adesivo	Magic Bond Vigodent		**24**
Adesivo	Prime & Bond 2.1 Dentsply		**205**
Agulha Gengival	curta Injecta		**24**
Alginato	Avagel Refil Dentsply		**21**
Alginato	Hidrogum Refil Labordental		**56**
Alginato	Jeltrate Plus Refil Dentsply		**47**
Alginato	Jeltrate Refil Dentsply		**42**
Algodão	Pct 500 g Apolo		**20**
Amálgama	Duralloy Dentsply		**60**
Amálgama	GS 80 1 porção-50 cápsulas	Regular	**126**
Amálgama	GS 80 2 porções-50 cápsulas	Regular	**167**
Amálgama	Velvalloy Dentsply		**131**
Babador	descartável pct c/ 100	Branco	**31**
Bicarbonato	Pote 250 g Polidental		**22**
Broca Gates	Maillefer	No. 1	**20**
Broca Gates	Maillefer	No. 2	**20**
Broca Gates	Maillefer	No. 3	**20**
Broca Gates	Maillefer	No. 4	**20**
Broca Gates	Maillefer	No. 5	**20**
Broca Zecrya	Maillefer	28mm	**57**
Carbono	Detecto Dentsply		**22**
Cimento cirúrgico	Odahcam Líquido		**32**
Cimento cirúrgico	Odahcam Pó		**32**
Cimento cirúrgico	Perio Bond Dentsply		**144**
Cimento endodôntico	Endofill Kit Dentsply		**60**
Cimento endodôntico	Sealer 26 Dentsply		**89**
Cimento Fosfato de Zinco	Líquido		**18**
Cimento Fosfato de Zinco	Pó		**18**
Cimento Hidróxido de Cálcio	Dycal Dentsply		**89**
Cimento Hidróxido de Cálcio	Hydro C Dentsply		**44**
Cimento provisório	Provy Dentsply		**55**
Cimento resinoso	Enforce Catalizador		**72**
Cimento resinoso	Enforce Kit		**458**
Cimento resinoso	Enforce Reposição	A2	**118**
Cimento resinoso	Enforce Reposição	B1	**118**
Cimento resinoso	Enforce Reposição	B3	**118**
Cimento resinoso	Enforce Reposição	C2	**118**
Cimento resinoso	Enforce Reposição	OP	**118**
Cimento resinoso	Fill Magic Dual Vigodent		**122**
Coletor	de artigos descartáveis 1,5 L		**6**
Coletor	de artigos descartáveis 3L		**4**
Coletor	de artigos descartáveis 7L		**5**
Condicionador	de porcelana Dentsply		**28**
Condicionador	ácido gel seringa Dentsply		**20**
Condicionador	Magic Acid seringa Vigodent		**9**

OdontoPrev
Especialistas em Odontologia

Tabela de Pontos para Reposição de Materiais Odontológicos

Família	Material (Descrição)	Especificação	Pontos
Cone	de Papel Dentsply	15/40	**25**
Cone	de Papel Dentsply	45/80	**25**
Cone	guta percha cx c/ 6 Dentsply	15/40	**26**
Cone	guta percha cx c/ 6 Dentsply	45/80	**26**
Cone	acessório Dentsply	F	**25**
Cone	acessório Dentsply	FF	**25**
Cone	acessório Dentsply	FM	**25**
Cone	acessório Dentsply	M	**25**
Cone	acessório Dentsply	MF	**25**
Cone	acessório Dentsply	RS	**25**
Cone	acessório Dentsply	XF	**25**
Cunha	reflexiva c/ 20 TDV		**29**
Cunha	de madeira pcte TDV		**30**
Embalagem autoclave	09 x 26 cm c/ 200		**67**
Embalagem autoclave	13 x 25 cm c/ 200		**124**
Espaçador digital	Maillefer		**114**
Extirpa nervo	Maillefer		**64**
Filme	Periapical (caixa c/ 150) AGFA		**176**
Filme	Peripical (caixa c/ 150) KODAK		**236**
Fio de sutura	Ethicon Seda Ag. 17mm (caixa c/ 24)	3.0	**124**
Fio de sutura	Ethicon Seda Ag. 17mm (caixa c/ 24)	4.0	**124**
Fio de sutura	Tubo c/ 10m Biodinâmica		**12**
Fio dental	500 metros Sanifil		**24**
Fio retrator	Gengiret Dentsply		**30**
Fixador	Fixador		**26**
Flúor	Gel Odacham Dentsply	Menta	**16**
Flúor	Gel Odacham Dentsply	Morango	**16**
Flúor	Gel Odacham Dentsply	Tutti-frutti	**16**
Flúor	Flútop gel c/ 200 ml SS White	Acidulado	**16**
Flúor	Flútop gel c/ 200 ml SS White	Neutro	**16**
Gaze	Pcte 500 compressas		**16**
Gorro	pcte c/ 100		**16**
Guta percha	cx c/ 8 bastões Dentsply		**25**
Ionômero de vidro	Vidrion Liquido SS White	C	**20**
Ionômero de vidro	Vidrion Liquido SS White	F	**20**
Ionômero de vidro	Vidrion Liquido SS White	N	**20**
Ionômero de vidro	Vidrion Liquido SS White	R	**20**
Ionômero de vidro	Vidrion Pó SS White	C	**48**
Ionômero de vidro	Vidrion Pó SS White	F	**48**
Ionômero de vidro	Vidrion Pó SS White	N	**48**
Ionômero de vidro	Vidrion Pó SS White	R	**48**
Lâmina de bisturi	Caixa c/ 100	Nº 11	**91**
Lâmina de bisturi	Caixa c/ 100	Nº 12	**91**
Lâmina de bisturi	Caixa c/ 100	Nº 15	**91**
Lençol de borracha	Cx c/26 fls. SS White		**25**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-15	**64**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-15/40	**64**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-20	**64**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-25	**64**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-30	**64**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-35	**64**
Lima	Flexofile 1º série Maillefer	25mm-40	**64**
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-15	**64**
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-15/40	**64**
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-20	**64**
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-25	**64**
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-30	**64**
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-35	**64**

OdontoPrev
Especialistas em Odontologia

Tabela de Pontos para Reposição de Materiais Odontológicos

Família	Material (Descrição)	Especificação	Pontos
Lima	Tipo Kerr 1º série Maillefer	25mm-40	**64**
Lima	Tipo Kerr 2º série Maillefer	25mm-45/80	**81**
Lima	Tipo Hedstroen 1º série Maillefer	25mm-15/40	**64**
Lima	Tipo Hedstroen 2º série Maillefer	25mm-45/80	**81**
Lima	Tipo Kerr s. especial Maillefer	25mm-08	**64**
Lima	Tipo Kerr s. especial Maillefer	25mm-06	**64**
Lima	Tipo Kerr s. especial Maillefer	25mm-10	**64**
Luva	estéril	Tamanho 8	**2**
Luva	estéril	Tamanho 7,5	**2**
Luva	estéril	Tamanho 7	**2**
Luva	p/ Procedimento c/ 100	Tamanho G	**44**
Luva	p/ Procedimento c/ 100	Tamanho M	**44**
Luva	p/ Procedimento c/ 100	Tamanho P	**44**
Luva	p/ Procedimento c/ 100	Tamanho PP	**44**
Luva	Poly Med Powder Free c/ 100	Tamanho M	**58**
Luva	Poly Med Powder Free c/ 100	Tamanho P	**58**
Luva	Poly Med Powder Free c/ 100	Tamanho PP	**58**
Máscara	c/ elástico cx c/ 50	Branco	**15**
Matriz	Fita Matriz - Rolo	0,5cm	**3**
Matriz	Fita Matriz - Rolo	0,7cm	**3**
Matriz	Fita Matriz Toflemire nº 1 Boomerangue TDV		**8**
Matriz	de Poliéster		**5**
Matriz	de Poliéster Molar TDV		**104**
Matriz	de Poliéster Pré-molar TDV		**104**
Moldeira	p/ aplicação de flúor Biodinâmica		**25**
Obturador provisório	Coltosol Vigodent		**25**
Obturador provisório	Eugenol Líquido		**15**
Obturador provisório	IRM Líquido Dentsply		**40**
Obturador provisório	IRM Pó Dentsply		**76**
Obturador provisório	Óxido de Zinco Pó		**10**
Obturador provisório	Pulpo-San Líquido SS White		**26**
Obturador provisório	Pulpo-San Pó SS White		**26**
Óculos de proteção		Incolor	**41**
Passa fio	Embalagem c/ 50 Sanifil		**15**
Pasta	Diamond Excel FGM		**47**
Pasta	Diamond R p/ Polimento FGM		**34**
Pasta profilática	Herjos Vigodent		**9**
Pasta Zincoenólica	LS Vigodent		**70**
Ponta	Shofu	Chama	**20**
Ponta	Shofu	Cilindrica	**20**
Ponta	Shofu	Conica	**20**
Ponta	Shofu	Esférica	**20**
Ponta	Enhance sortido		**95**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	A1	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	A2	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	A3	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	A3,5	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	B1	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	B2	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	B3	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	C2	**75**
Resina fotopolimerizável	Charisma Refil	C3	**75**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	A1	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	A2	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	A3	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	A3,5	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	B1	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	B2	**38**

OdontoPrev
Especialistas em Odontologia

Tabela de Pontos para Reposição de Materiais Odontológicos

Família	Material (Descrição)	Especificação	Pontos
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	B3	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	C2	**38**
Resina fotopolimerizável	Fill Magic Refil Vigodent	C3	**38**
Resina fotopolimerizável	Kit TPH Spectrum		**368**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	A1	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	A2	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	A3	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	A3,5	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	B1	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	B2	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	C2	**71**
Resina fotopolimerizável	TPH Refil Dentsply	C3	**71**
Revelador	Revelador		**26**
Rolete	de algodão pcte Apolo		**4**
Saco de lixo	15L pcte c/100	Branco	**35**
Selante	Fluro Shield kit Dentsply		**177**
Silano	Dentsply		**84**
Silicone de condensação	Coltoflax catalisador Vigodent		**43**
Silicone de condensação	Coltex Fine Vigodent		**77**
Silicone de condensação	Coltoflax pesado Vigodent		**95**
Silicone de condensação	Indurent Labordental		**61**
Silicone de condensação	Oranwash Labordental		**90**
Silicone de condensação	Zetaplus Labordental		**98**
Sugador	Plástico pcte. c/ 40		**7**
Tira de lixa	de Aço	4mm	**14**
Tira de lixa	de Aço	6mm	**16**
Verniz	Fluorniz SS White		**35**
Verniz	Cavitine SS White		**20**

PROGRAMA **Foco na REDE**

OdontoPrev

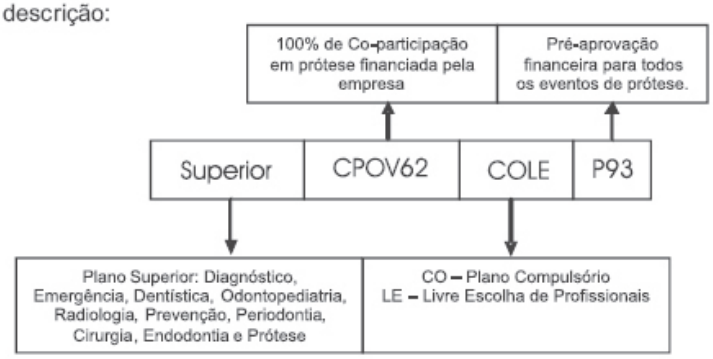
OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 010-09
São Paulo, março de 2009.

REF: PLANOS SUPERIOR COM PRÉ-APROVAÇÃO FINANCEIRA E INTEGRAL PROUNI ADM

Prezado(a) Credenciado(a),

Com o objetivo de atender às necessidades de nosso novo cliente, a **Souza Cruz**, elaboramos um novo plano. Com código operacional **Superior CPOV62COLE P93** e **Superior CPOV62LALE P93**, este produto possui as coberturas do plano **Superior** que você já conhece, porém haverá **pré-aprovação financeira** para **todos os eventos da especialidade de prótese.** Para entender melhor os procedimentos especiais deste plano, conheça a sua descrição:



Como proceder no processo de pré-aprovação de prótese:

- Após a liberação de senha e a elaboração do plano de tratamento do associado, você deverá encaminhar a ficha de prótese (via verde) ou a GTO para a OdontoPrev.
- Será realizada a análise técnica e financeira e devolvidas a ficha (via verde) ou a GTO e uma carta informativa. A partir daí, você poderá iniciar tratamento aprovado.

Segue o endereço de envio da ficha ou GTO para pré-aprovação;

Caixa Postal 260
Barueri – SP
CEP 06455-972

Integral Prouni – Apesar de seu código operacional ser o **IntegProuni ADM CORD,** nada se altera em relação a cobertura ou modelo de atendimento para este plano.

A partir de **abril de 2009** a **Souza Cruz** iniciará a utilização destes planos.

Caso você tenha alguma dúvida, entre em contato conosco pelo suporteaodentista@odontoprev.com.br ou ligue para nossos **Consultores Especialistas (11) 2198-7590** para São Paulo capital e cidades com prefixo 11 (onze) e **0800 722 2298** para demais municípios.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

Papel 100% reciclado. A utilização do papel reciclado é uma das premissas do Programa de Gestão Ambiental da OdontoPrev. Essa ação reforça ainda mais a sua postura responsável junto à sociedade brasileira. Contribua você também cadastrando seu e-mail para o recebimento de nossos comunicados. Fale com seu consultor ou envie e-mail para suporteaodentista@odontoprev.com.br

ANS - nº 30194-9

PROGRAMA

Foco na REDE

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP016-09
São Paulo, abril de 2009.

REF: NOVO PRODUTO - PLANO IBIODONTO PESSOA FÍSICA

Prezado(a) Credenciado(a),

A partir do dia **12/05/2009** iniciaremos a comercialização de um novo produto que visa atender a mais um importante grupo de clientes - o **plano pessoa física**. Para o sucesso deste novo projeto, sabemos o quanto é importante que você conheça as regras e como proceder ao receber este associado OdontoPrev em seu consultório. Para isso, conheça a cobertura e outras informações gerais:

INTEGRAL CP IF RD OU **INTEGRAL CPAV64 IF RD**	**Integral**: Cobertura do plano: Diagnóstico, Emergência, Dentística, Odontopediatria, Radiologia, Prevenção, Periodontia, Cirurgia e Endodontia. **CP ou CPAV64**: Co-participação de **50%** paga pelo associado ao cirurgião(ã)-dentista nas especialidades de **Radiologia, Periodontia** e **Cirurgia**. Para a especialidade de **Cirurgia** há alguns eventos sem co-participação. Os códigos são: 09.001, 09.042, 09.043, 09.044, 09.045 e 09.046. **IF**: Individual familiar **RD:** Atendimento em rede credenciada

Ao solicitar a liberação de senha (Portal ou Disque OdontoPrev) ou atendimento por Ocorrência (Disque OdontoPrev) você será informado sobre eventuais prazos de cumprimento de **carência** e o cálculo de co-participação.
Nosso parceiro **IBI / C&A** será o primeiro a comercializar este produto. Conheça o cartão que facilitará a identificação do associado **Ibiodonto Pessoa Física;**

PLANO IBIODONTO
Cód. Op.: Plano Integral CP IFRD - Reg.: 459.467/09-3
Proposta Nº:
I B
Nº OdontoPrev:
Portal: www.odontoprev.com.br
Disque ibiOdonto / OdontoPrev: 0800 709 0060
Atendimento ao deficiente auditivo e de fala: 0800 722 2191
Válido somente mediante apresentação do R.G.

O cartão de identificação do associado Ibiodonto pessoa física é personalizado e seu material diferente de outros clientes OdontoPrev, porém você poderá atendê-lo com a habitual qualidade seguindo as orientações abaixo.

Atendimento: o associado Ibiodonto Pessoa Física poderá ser atendido utilizando os números OdontoPrev ou de proposta. Para a liberação de senha com o número Odontoprev você poderá utilizar os canais de acesso já conhecidos (Portal e Disque Odontoprev). Caso seja necessária a liberação de senha pelo número da proposta, entre em contato com o Disque OdontoPrev.

Preenchimento da GTO ou ficha clínica: Preencha o campo *8 - Número da carteira* com o **número da proposta** caso o número OdontoPrev não esteja disponível.
Preencha o campo *5 - senha* com o **número da Ocorrência** caso a liberação de atendimento não ocorra por senha.

E lembre-se! Em caso de dúvidas sobre este assunto ou quaisquer dúvidas operacionais, fale com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone **(11) 2198-7590** para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e **0800 722 22 98** para demais localidades.

Contamos com seu apoio mais uma vez para dar as boas vindas a mais este importante cliente OdontoPrev.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

PROGRAMA **Foco na REDE**

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 017-09
São Paulo, Maio de 2009.

REF: PROJETO VIDA LEGAL PARA ASSOCIADOS AMBEV

Prezado(a) Credenciado(a),

Anualmente realizamos com o nosso cliente Ambev o Projeto Vida Legal.
Este programa visa conscientizar os colaboradores sobre a importância da prevenção nos cuidados com a saúde bucal.

Para estimular a participação, os tratamentos realizados no período do projeto tem isenção na cobrança de co-participação ao associado, ou seja, o pagamento será realizado integralmente pela **OdontoPrev.**

A edição 2009 do Projeto Vida Legal acontecerá no período de **01/07/2009** a **30/09/2009**

Para que você possa atender ao associado Ambev com a habitual qualidade, alguns cuidados e orientações especiais durante o tratamento no **Projeto Vida Legal 2009**:

- Utilizar os códigos da tabela abaixo para preencher os eventos na GTO.
- A periodicidade, prazo entre a realização e repetição do evento está isenta para esses procedimentos durante o Projeto Vida Legal, desde que sejam utilizados os códigos mencionados na tabela.
*- As fichas abertas para atendimento ao **Projeto Vida Legal** não devem conter procedimentos de outras especialidades.*
- As restrições com relação a procedimentos combinados continuam as mesmas seguidas pela OdontoPrev.

Segue abaixo a tabela com os códigos e descrição dos eventos incluídos no Vida Legal.

Código	Descrição do Evento	Código	Descrição do Evento
00.001	Consulta	07.103	Controle de Placa Bacteriana (por sessão)
07.101	Profilaxia por arcada	07.104	Aplicação Tópica de Flúor. Boca toda (Até 15 anos)
07.102	Orientação de Higiene Bucal (técnica de escovação)	08.103	Raspagem supragengival

Reforçamos que estes procedimentos especiais são válidos exclusivamente aos associados **Ambev** e somente **no período de campanha do Projeto Vida Legal**. Destacamos ainda que as GTO's com senhas liberadas após o dia **30/09/2009** retornam a modalidade de contratação padrão, ou seja, terão incidência de co-participação nos tratamentos.

Em caso de dúvidas sobre este assunto ou quaisquer dúvidas operacionais, fale com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone **(11) 2198-7590** para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e **0800 722 22 98** para demais localidades.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

Vida Legal AmBev Patrocínio FAHZ

ANS - nº 30194-9

PROGRAMA

Foco na REDE

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 021-09

São Paulo, julho de 2009.

REF: ALTERAÇÕES NA ROTINA DE LIBERAÇÃO DE SENHAS

Prezado(a) Credenciado(a),

Com o objetivo de tornar ainda mais abrangente alguns procedimentos que facilitam o seu dia-a-dia, incluímos novas opções de dados cadastrais que identificarão o associado e possibilitarão a liberação da senha de atendimento pelo Portal OdontoPrev.

Em breve, você notará 2 (dois) campos novos no Portal OdontoPrev (**Cod. Operadora/Parceiro** e **Nr. Carteira ou Nr. de Proposta**). Saiba o que muda dependendo do tipo de cliente:

Para clientes OdontoPrev: São clientes corporativos (empresas) que possuem seus colaboradores como nossos associados. Na maioria dos casos, o associado possui o cartão de identificação padrão OdontoPrev ou personalizado (logomarca do cliente). Para o atendimento deste grupo nada se altera. Basta manter a informação **OdontoPrev** no campo **Cod. Operadora** e informar o código de associado.

Para clientes Ibiodonto Pessoa Física: São clientes de planos individuais (pessoa física) comercializados por parceiros de negócios (o modelo atual é o novo plano Ibiodonto). O associado possui o cartão de identificação do Ibiodonto e a logomarca Odontoprev.
Para o atendimento, selecione a opção **IBI** no Campo **Cód. Operadora / Parceiro**. Em seguida preencha o **número da proposta,** identificado no cartão do associado.

Para o atendimento dos associados Ibiodonto (antigo produto) você deverá utilizar como **Cód. Operadora / Parceiro** a opção **OdontoPrev**. Veja ao lado o modelo de cartão de identificação deste grupo de associados.

As demais etapas não se alteram (informar dados cadastrais como RG, CPF ou data de nascimento) para Clientes OdontoPrev e Ibiodonto.

Elaboramos uma apresentação que simula a liberação de senha pelo novo sistema. Acesse o link http://www.odontoprev.com.br/wrapper/simula_senha.ppt e esclareça suas principais dúvidas.

Em breve disponibilizaremos no Menu Serviços a possibilidade de Consulta Elegibilidade neste novo sistema. Utilizando o Disque OdontoPrev para liberar a senha você deverá seguir as mesmas orientações.

Em caso de dúvidas sobre este ou outro procedimento operacional entre em contato com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone **(11) 2198-7590** para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e **0800 722 22 98** para demais localidades.

Ressaltamos que o objetivo desta ação é ampliar a abrangência dos serviços via Portal OdontoPrev, tornando etapas operacionais mais ágeis e facilitando o seu dia-a-dia.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

ANS - nº 30194-9

PROGRAMA

Foco na REDE

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP027-09
São Paulo, agosto de 2009.

REF: NOVO PRODUTO - PLANO LUIZA ODONTO

Prezado(a) Credenciado(a),

A partir do dia **01/08/2009** iniciaremos a venda de um novo produto que visa atender a mais um importante grupo de clientes na modalidade **pessoa física** em parceria com a Magazine Luiza. Por isso, é extremamente importante que você conheça as regras e como proceder ao receber este associado OdontoPrev em seu consultório. Leia o quadro abaixo e saiba mais:

CONVENCIONAL CPA30 IF RD	**Convencional**: Cobertura do plano: Diagnóstico, Emergência, Dentística, Odontopediatria, Radiologia, Prevenção, Periodontia, Cirurgia e Endodontia. Para as especialidades de Dentística, Odontopediatria, Radiologia, Prevenção, Periodontia, Cirurgia e Endodontia alguns eventos **não** são cobertos. A cobertura detalhada pode ser conhecida por meio do Portal ou Disque OdontoPrev. **CPA30**: Co-participação de **30%** paga pelo associado ao cirurgião(ã)-dentista em todas as especialidades cobertas pelo plano. **IF**: Individual familiar **RD:** Atendimento em rede credenciada

Ao solicitar a liberação de senha (Portal ou Disque OdontoPrev) ou atendimento por Ocorrência (Disque OdontoPrev) informaremos eventuais prazos de **carência** e/ou valores de co-participação.
Conheça o cartão que facilitará a identificação do associado **Luiza Odonto;**

LUIZA ODONTO IF

Cód. Op.: Plano Convencional CPA30 IFRD
Reg.: 459.702/09-8

Proposta Nº:

M	G	L												

Portal: www.odontoprev.com.br

Disque Luiza ODONTO / OdontoPrev: 0800 772 2071

Atendimento ao deficiente auditivo e de fala:
0800 722 2191

Válido somente mediante apresentação do R.G.

O cartão de identificação do associado Luiza Odonto personalizado e seu material diferente de outros clientes OdontoPrev, porém você poderá atendê-lo com a habitual qualidade seguindo as orientações abaixo.

Atendimento: o associado Luiza Odonto poderá ser atendido utilizando os números de proposta ou código OdontoPrev. Você poderá utilizar os canais disponíveis normalmente (Portal e Disque Odontoprev).

Preenchimento da GTO ou ficha clínica: Preencha o campo *8 - Número da carteira* com o **número da proposta** caso o número OdontoPrev não esteja disponível.
Preencha o campo *5 - senha* com o **número da Ocorrência** caso a liberação de atendimento não ocorra por senha.

E lembre-se! Em caso de dúvidas sobre este assunto ou quaisquer dúvidas operacionais, fale com nossos **Consultores Especialistas** pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone **(11) 2198-7590** para São Paulo capital e municípios com DDD 11 e **0800 722 22 98** para demais localidades.

Contamos com seu apoio mais uma vez para dar as boas vindas a mais este importante cliente OdontoPrev.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

PROGRAMA

Foco na REDE

OdontoPrev

OdontoPrev S.A.
Al. Tocantins 125 - 15º andar - Alphaville
06455-020 - Barueri - São Paulo - Brasil
www.odontoprev.com.br

OP 028-09

REF: REVISÃO DE REPASSE

Prezado(a) Credenciado(a),

Entender todos os processos OdontoPrev é fundamental para o cumprimento das etapas operacionais com agilidade. Para que você, nosso credenciado, saiba como proceder em situações especiais, encaminhamos orientações importantes sobre a Revisão de Repasse.

COMO SABER SE ALGUM EVENTO FOI GLOSADO	Verifique sempre o seu demonstrativo de pagamento (extrato de repasse analítico) via Portal OdonoPrev, onde será informado o motivo da glosa e como proceder para a encaminhar a revisão.
COMO SOLICITAR A REVISÃO DE REPASSE	Para a revisão de repasse e nova análise da auditoria, utilize o **Formulário de Revisão de Repasse**. Para realizar o preenchimento *on line* ou a impressão do formulário acesse o Portal OdontoPrev www.odontoprev.com.br. Para solicitar o formulário em papel entre em contato com o Disque OdontoPrev (0800 702 2020).
COMO ENVIAR A REVISÃO DE REPASSE	Envio *on line* do formulário utilize o Portal OdontoPrev (www.odontoprev.com.br) Via fax (11) 2181-2299 e (11) 2181-2298 Por Correio para a OdontoPrev S.A. - Revisão de Repasse, Caixa Postal – 233, CEP 06455-972, Barueri, SP. Só deverão ser encaminhados os formulários por fax ou Portal, para as revisões de repasse onde não haja necessidade do envio de documentação e/ou radiografias ou revisão de fichas não pagas por não conformidade no preenchimento (neste caso será necessário utilizar nova guia/ficha (veja orientação no quadro a seguir). Para revisão de guia/ficha não pagas por preenchimento incorreto/incompleto, deve-se abrir nova guia seguindo as orientações abaixo.

Encaminhamos os principais motivos de não conformidade e providências a serem tomadas:

Não Conformidade	Providências
Ausência de rx/imagem inicial e/ou final	Enviar radiografia(s) solicitada(s). A nova radiografia deverá ter boa qualidade para análise, estar acondicionada em cartela plástica OdontoPrev e ser devidamente identificada e anexada ao formulário de revisão de repasse.
RX enviado sugere tratamento tecnicamente inadequado	Corrigir/reconfeccionar a radiografia e enviar em revisão de repasse. Caso não concorde com o parecer da auditoria, reenvie a mesma radiografia com suas justificativas.
Radiografia encaminhada não permite análise ou encontra-se fora dos padrões técnicos	Encaminhar a nova radiografia com angulação adequada, nitidez e boa revelação. Caso não concorde com o parecer da auditoria, reenvie a mesma rx com suas justificativas.
Preenchimento incorreto e/ou incompleto (ausência/erro) de data e/ou assinatura do associado	Abrir nova ficha, solicitar senha, realizar o preenchimento com cód. correto, faces, dente/área e datas da realização dos procedimentos e pedir ao associado/responsável ASSINAR NOVAMENTE OS EVENTOS REALIZADOS. Deve anotar no campo 47 - observações da nova guia o número da ficha original e enviar para pagamento junto com as demais. O prazo de envio da ficha complementar será o prazo da revisão de repasse da guia/ficha original.
Preenchimento incorreto e/ou incompleto (ausência/erro) de de códigos, faces e/ou n° de dente tratado.	Abrir nova ficha, solicitar senha, realizar o preenchimento correto (com cód. correto, faces, dente/área e datas da realização dos procedimentos). Anotar no campo de observações da nova ficha o nº da ficha original. NÃO SÃO NECESSÁRIAS NOVAS ASSINATURAS. O prazo de envio da ficha complementar será o prazo da revisão de repasse da ficha original. Deve-se enviar para pagamento junto com as demais fichas. Observação: Em caso de associado inativo encaminhe uma ficha seguindo as orientações acima, porém sem senha e anexada ao formulário de revisão de repasse com o nº da ficha original. Anote no campo de observações do formulário "encaminho ficha sem senha pois associado está inativo".

A solicitação de Revisão de Repasse deverá ser encaminhada à OdontoPrev em até **90 dias** da data do seu pagamento. A revisão de repasse enviada até o dia 1 (primeiro ou último dia útil anterior) será respondida no dia 1 (primeiro) do mês seguinte. A resposta da auditoria estará disponível no Portal OdontoPrev no Menu Serviços/Repasses/Extrato de Revisões.

E lembre-se! Em caso de dúvidas sobre este assunto ou qualquer dúvida operacional, entre em contato com nossos Consultores Especialistas pelo e-mail suporteaodentista@odontoprev.com.br ou telefone.

Atenciosamente,

Ruy Francisco de Oliveira
Diretor Operacional

ANS - nº 30194-9