



ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

MANUAL DO CREDENCIADO





Acesso Direto:

<http://senado.leg.br/autorizadorsis>

**Usuário e Senha exclusivos do Autorizador
WEB;**

- **Usuário: digite o usuário do Autorizador
WEB;**
- **Senha: digite a senha do Autorizador
WEB.**



1-Instruções para inclusão de dados no sistema Saúde SF para gerar GTO- (online)

Tutorial: solicitação de autorização prévia - guias odontológicas

Passo 1 - Incluir solicitação



Passo 2 - Preencher adequadamente os campos abaixo

O formulário, intitulado 'Odontológica', contém os seguintes campos e opções:

- Nº Guia Solicitação**: Campo de texto.
- Autorização**: Campo de texto.
- Nr da autoriz/ guia solíc. principal**: Campo de texto.
- Guia**: Campo de texto.
- Tipo autorização**: Menu suspenso com o valor selecionado 'TIPO TISS - ODONTOLOGICA'.
- Data de atendimento**: Campo de data e hora com o valor '23/02/2022 11:35'.
- Beneficiário**: Campo de texto.
- Atendimento ao recém-nato
- Prestadores**:
 - Solicitante**: Campo de texto.
 - CBOS Solicitante**: Campo de texto.
 - Local de execução**: Campo de texto.
 - Recebedor**: Campo de texto com o valor 'CENTRO ODONTOLÓGICO PA'.
 - Executor**: Campo de texto.
 - Endereço do executor**: Campo de texto.
- Tipo de Atendimento Odontológico**:
 - Tratamento Odontológico
 - Exame Radiológico
 - Ortodontia
 - Urgência/Emergência
 - Auditoria

* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Passo 3 - Inserir eventos

ternações **Odontológica** Logoff

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608 | Modo de impressão

Inserir Eventos

O botão para validar a autorização só aparecerá quando houver pelo menos um evento registrado.

Odontológica [Editar](#)

Nº Guia Solicitação Autorização

Nr da autoriz/ guia solíc. principal Guia

Tipo autorização TIPO TISS - ODONTOLOGICA

Data de atendimento 23/02/2022 11:39

Beneficiário

(nulo) > Inserir Eventos

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608 |

Para uma maior efetividade na busca do Evento, favor digitar ao menos 3(três) caracteres.

Geral [Salvar](#) [Salvar / Novo](#) [Cancelar](#)

Código tabela

Quantidade

Evento

Data 23/02/2022 00:00
(dd/mm/aaaa hh:mm)

Odontológico

Dente

Região

Face

Distal Incisal

Lingual Mesial

Oclusal Palatina

Vestibular

* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

acm: 00:063 1 - [RA5: 00:343 1 - [Total: 00:375/2 1 .

(preencher adequadamente os campos acima e clicar em salvar ou salvar novo, caso haja mais de um evento a ser solicitado)

Passo 4 - Validar

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608 | Modo de impressão

Validar Inserir Eventos

Para as informações dos campos Dente, Região e Face não existe grau informado nos parâmetros do TISS

Odontológica

Editar

Nº Guia Solicitação Autorização

Nr da autoriz/ guia solíc. principal Guia

Tipo autorização TIPO TISS - ODONTOLOGICA

Data de atendimento 23/02/2022 11:39

Beneficiário

Beneficiário [REDACTED]

Atendimento ao recém-nato

Prestadores

Solicitante [REDACTED] **CBOS Solicitante** CBO desconhecido ou não informado pelo solicitante

Local de execução [REDACTED] **Recebedor** [REDACTED]

Executor [REDACTED]

Endereço do executor Taguatinga Centro (Tagu)

Tipo de Atendimento Odontológico

Tipo de atendimento odontológico Tratamento Odontológico

(Após validarmos os eventos inseridos, será gerado uma numeração de guia, na qual poderá ser consultada no campo odonto solicitadas, conforme demonstrado no próximo passo)

Passo 5 - Consulta de solicitações realizadas



(As solicitações realizadas, poderão ser consultadas no campo acima, após a inserção e busca da guia gerada, deverá ser consultada na aba **resumo**, conforme abaixo)

Odonto Solicitadas > 574570

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608 | Modo de impressão

[Inserir Anexo](#) [Imprimir](#)

Principal | Complemento | Resposta | **Resumo** [Voltar](#)

Protocolo	9999992022010700000
Autorização	[REDACTED]
Data da Autorização	07/01/2022
Situação da Autorização	Autorizada

Beneficiário	0200000 [REDACTED]
Nome	[REDACTED]
Sexo	F
Nascimento	[REDACTED]
Idade	54
Plano	Plano SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS
Contrato	2 - SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS

1 Prestador	0827685400 [REDACTED]
Nome	[REDACTED]

EVENTOS RELACIONADOS

- 8.40.00.139 Atividade educativa em saúde bucal
- 8.10.00.065 Consulta odontológica inicial
- 8.40.00.163 Controle de biofilme (placa bacteriana)
- 8.53.00.047 Raspagem supra-gengival

Passo 6: Documentação com pendência documental

Principal	Complemento	Resposta	Resumo	TISS
Voltar				
Protocolo	9999992021102600000			
Autorização	45			
Data da Autorização	26/10/2021			
Situação da Autorização	Aguardando justificativa técnica do solicitante			
Beneficiário	02007299			
Nome	[REDACTED]			
Sexo	F			
Nascimento	[REDACTED]			
Idade	62			
Plano	Plano SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS			
Contrato	2 - SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS			
1 Prestador	6159041000			
Nome	[REDACTED]			
EVENTOS RELACIONADOS				

Caso o status da solicitação esteja conforme a imagem acima, deverão ser adotadas as seguintes medidas

Passo 6.1: Inserir Anexo (documentação solicitada pelo o perito)

Odonto Solicitadas > 574570

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608 | Modo de impressão

[Inserir Anexo](#) [Imprimir](#)

Principal | Complemento | Resposta | Resumo [Voltar](#)

Autorização 574570 **Tipo da autorização** TIPO TISS - ODONTOLOGICA

Situação Fechada

Autorização contingência Número Contingência

Autorização externa Autorização intercâmbio

Data 07/01/2022 09:15:00 **Data de validade** 06/07/2022

Nº da autoriz/guia solíc. principal Nº Guia Solicitação 574570

Nº Guia Principal Senha da Solicitação 5745705

Senha prévia Tipo acomodação atual

Acomodação atual Intercorrência

CID Acidente Pessoal

Autorizada externamente

Beneficiário

Beneficiário [REDACTED] **DV** 12

Nome [REDACTED] Atendimento ao recém-nato

Características do atendimento

Finalidade de atendimento Preventiva **Local de Atendimento** Rede Credenciada

Regime de [REDACTED] **Condição de** [REDACTED]

Odontológica [Logoff](#)

Odonto Solicitadas > 574570 > Inserir Anexo

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608

Geral [Salvar](#) [Salvar / Novo](#) [Cancelar](#)

Tipo do documento [REDACTED] **Anexo** [REDACTED]

Responsável [REDACTED] **Data** 24/02/2022 09:47:27

* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

BAS: 00:156] - [Total: 00:203/2]

Passo 6.2: Inserção das anotações administrativas

Solicitamos que o anexo seja sinalizado através das anotações administrativas. Para que a guia entre no filtro da auditoria é muito importante que os novos eventos e anexos sejam sinalizados. Dessa forma, solicitamos que no ato da inclusão de anexos e códigos seja inserida uma anotação administrativa, pois a guia só poderá ser analisada quando houver sinalização no Autorizador Web da inclusão de novos itens através da ANOTAÇÃO ADMINISTRATIVA "Segue resposta com as providências solicitadas". Reforçamos que SEMPRE que for incluído novo evento (código ou anexo) deverá ser incluído a anotação citada acima para que o sistema acuse que a guia está pronta para análise.

Segue modo de realizar a operação

A imagem mostra a interface de um sistema de saúde. No topo, há uma barra de navegação com links para "Consultas", "SP-SADT", "Internações", "Odontológica" (destacado) e "Logoff". À esquerda, um menu lateral contém opções como "Solicitação", "Solicitação com Guia Principal", "Odonto Solicitadas" (destacado em vermelho) e "Cancelamento".

O conteúdo principal da tela apresenta o seguinte layout:

- Barra de título: "Protocolos Odonto solicitados > 198229".
- Informações de usuário: "Sistema Integrado de Saúde - S..." e "09430544608".
- Botões de ação: "Imprimir", "Cancelar", "Anotações administrativas" (destacado em verde), "Inserir anexos" e "Observações".
- Abas de navegação: "Principal" (destacado), "Complemento" e "Beneficiário".
- Seção "Contato (Dados para retorno)":
 - Protocolo Atendimento: 247857
 - Ano: 2022
 - Nome: Atendimento realizado fora da Central
 - Telefone de contato: [campo vazio]
- Seção "Beneficiário":
 - Nome: [campo oculto]
 - Carteirinha: [campo oculto]
 - Plano: Plano SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS
 - Atendimento ao recém-nato: N
 - Data de Nascimento: 21/04/1967
- Seção "Dados do protocolo/aut.":
 - Tipo autoriz.: TIPO TISS - ODONTOLOGICA
 - Nº Prot.: 198229
 - Transações do protocolo: Solicitação Odontológica
 - Situação: Aberto
 - Situação TISS: Autorizado
 - Nº da autorização/guia: 574570
 - Data provável: [campo vazio]

Clicar em *protocolo odonto solicitados*, localizar a guia através da numeração e em seguida clicar em *anotações administrativas*

Passo 6.3: Após, clicar em novo e preencher adequadamente os campos abaixo.

Protocolos Odonto solicitados > 198229 > Anotações administrativas > Novo registro

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608

Geral Salvar Salvar / Novo Cancelar

Anotação  **Código anotação**

Data 24/02/2022 10:03:23 
(dd/mm/aaaa hh:mm:ss) **Usuário** Thiago Augusto Santana

Enviar no relatório de resposta

Observação

* Campos em **destaque** são de preenchimento obrigatório

Itens através das anotações administrativas com a resposta: “segue resposta com as providências solicitadas”, descrevendo o que foi inserido e clicando em salvar. Após esse procedimento a guia retornará para a análise.

2.Tabela

A nova tabela encontra-se disponível ao clicar no botão abaixo.

BAIXAR

2. Tabela

A tabela disponibilizada é composta pelas seguintes colunas:

1) Código

Diz respeito ao **código** a ser solicitado conforme demonstra figura abaixo:

CÓDIGO
0.00.10.5170
0.00.10.5240
0.00.10.5250
0.00.10.5290
0.00.10.5300
0.00.10.5310
0.00.02.0240
0.00.02.0250
0.00.02.0260

2) Tabela

Diz respeito ao tipo de tabela a ser utilizada conforme demonstra figura abaixo:

TABELA
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE
ODONTO PLAN-ASSISTE

3) Descrição

Diz respeito ao tipo de procedimento a ser realizado conforme demonstra figura abaixo:

DESCRIÇÃO
Coroa Ou 4/5
Prótese Parcial Removível Provisória Em Acrílico, Com Ou Sem Grampos
Prótese Parcial Removível Bilateral Com Grampos
Reembasamento De Prótese Total Ou Parcial
Prótese Total
Prótese Total Caracterizada
Rx Pósterio-Anterior

2. Tabela

4) Exige Autorização

Utilizado para descrever se um determinado evento necessitará ou não de autorização prévia, onde "sim" está sinalizado em vermelho e "não" em verde, conforme demonstra figura abaixo:

EXIGE AUTORIZAÇÃO
SIM
SIM
SIM
SIM
SIM
SIM
SIM
NÃO
NÃO
NÃO
NÃO
NÃO
NÃO

5) Idade mínima e máxima

Diz respeito a idade pré estabelecida para determinados eventos, conforme demonstra imagem abaixo:

IDADE MINIMA	IDADE MAXIMA
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ
NÃO HÁ	NÃO HÁ

2.Tabela

6) Prazo intervalar

Diz respeito à periodicidade no qual cada procedimento pode ser solicitado novamente conforme demonstra imagem abaixo:

PRAZO INTERVALAR
1825 dias
1825 dias
1825 dias
365 dias
1825 dias
1825 dias
365 dias
365 dias
365 dias

Instruções relevantes para manuseio do sistema:

1. Utilizar um navegador tipo Chrome para fixar o endereço do Portal do SIS:

<https://www12.senado.leg.br/institucional/sis>

a. Acessar o sistema pelo Autorizador WEB:

O administrador do sistema sugere que tentem outro navegador para acessar o Portal do SIS, pois possivelmente haverá problema por incompatibilidade com o navegador utilizado na clínica. O padrão que adotamos aqui no SIS é o Chrome. O sistema responde bem à inserção dos dados e gera a GTO (com número de guia) automaticamente. Se forem procedimentos cirúrgico/clínico/terapêutico/exames radiológicos e por imagens, realizados em ambiente ambulatorial, a guia será direcionada à regulação do SIS para análise e posterior faturamento do pleito.

A tabela é a mesma do Plan-Assiste, porém os requisitos e normativas foram adequados ao SIS. Todas as respostas sobre regulação e auditoria (envio dos arquivos XML/faturamento, estão no Portal do SIS, endereço abaixo:

<https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/area-do-credenciado/principal/manual-do-credenciado>. O Perfil de prestador está configurado no sistema de acordo com as especialidades contratadas de cada clínica, assim como a inserção dos dados para que as guias sejam geradas no sistema de saúde.

Anexo 1 - Guia preenchimento manual

Solicitação tipo TISS

Fornecedor: Benner Sistema Benner-Gaude Versão: _____ Pag. _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO **SIS** **SISTEMA BENNER-GAUDE**

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO 2-17 Data no Prestador

1- Registro ANS	2- Número de Guia Principal	3- Data de Solicitação	4- Setor	5- Data de Validade do Setor	6- Número da Guia Hospitalar pelo Operadora
Dados do Beneficiário					
8- Número de Cartão	9- Idade	10- Empresa	11- Unidade de Cartão	12- Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome	14- Telefone	15- Nome do Titular do plano		16- Atendimento a 113	
Dados do contratado Responsável pelo Tratamento					
17- Nome do Profissional Inscrição		18- Número no CRO	19- UF	20- Código CBO	
21- Código na Operadora	22- Nome do Contrato Exatante	23- Número no CRO	24- UF	25- Código CBO	
26- Nome do Profissional Exatante		27- Número no CRO	28- UF	29- Código CBO	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
30- Tabela 31 - Código de Procedimento	32 - Classificação	33- Descrição	34- Faixa	35- Qtd	36- Qtd 35
37- Valor R\$	38 - Franquia R\$	39- Adm. do Co-seguro	40- Cota de Realização	41- Assinatura	
42- Cota de Benefício do Tratamento	43- Tipo de Atendimento	44- Tipo de Tratamento	45 - Total Quantidade Un.	46 - Valor Total R\$	47 - Valor Total Franquia R\$
<small>Atenção: Este guia é um instrumento médico, assim como prescrição, receita, exame e relatório de Exames, contém informações, orientações e recomendações de tratamento, orientações para o cuidado e acompanhamento do paciente e não um meio para prestação de serviços. Devem ser utilizados apenas para fins médicos, não sendo substituído em qualquer hipótese, a avaliação e o tratamento realizados, compreendendo a análise e a assinatura do profissional responsável.</small>					
48 - Observações / Substâncias					
Assinaturas e Rubricas					
49- Data de assinatura do Dirigente Dentista Titular	50- Assinatura do Dirigente Dentista Titular	51- Data de assinatura do Dirigente Dentista	52- Assinatura do Dirigente Dentista		
53- Data de assinatura do Beneficiário ou Responsável	54- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55- Data de emissão da guia			

Será utilizada apenas em caso de problema com o sistema.

É utilizada exclusivamente para tratamento odontológico. Nesta guia devem ser informados os procedimentos odontológicos realizados no beneficiário; de forma eletiva ou emergencial/ ou aqueles que serão realizados em entidade hospitalar.

Anexo 2 TERMOS TÉCNICOS

Glossário(Orientação técnica)

Registro ANS - Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - o número será gerado pelo sistema quando da regulação e inclusão da guia na Base de Dados;

Número da guia no prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços - **Obrigatório**;

Número da guia principal - Número da guia principal à qual essa guia está relacionada - **Facultativo**, deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.

Data da solicitação - Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora – **Facultativo**, deve ser preenchido em caso de necessitar de autorização prévia pela operadora. A senha de autorização será emitida pela Operadora.

Data de validade da guia – Facultativo, deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora e emissão de senha com prazo de validade.

Número da guia – Facultativo – porém será atribuído pela Operadora na **inclusão da guia na Base de Dados**, independente do número que a identifica no prestador;

Nome do completo beneficiário – Obrigatório.

Identificação do beneficiário (titular ou dependente) – Obrigatório.

Nome do titular do plano –Obrigatório.

Número da carteira do beneficiário na operadora - Obrigatório

Nome do plano de saúde do beneficiário – Obrigatório (SIS).

Validade da carteira do beneficiário – Obrigatório.

Endereço do beneficiário – Obrigatório.

Telefone do beneficiário – Obrigatório.

Nome do profissional solicitante > CRO/UF/CBO – Obrigatório.

Código na Operadora > nome do Contratado executante > CRO/UF/CNES – Obrigatório.

Nome do profissional executante > CRO/UF/CBO – Obrigatório.

Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados – Facultativo;

Código dos procedimentos ou itens assistenciais (conforme tabela do Plan - Assiste) - **Obrigatório.**

Data da assinatura do cirurgião dentista solicitante > assinatura > carimbo e rubrica – Obrigatório.

Data da assinatura do beneficiário/responsável > assinatura – Obrigatório.