



# 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 é intitulado 'Odontológica' e possui uma barra de ações com 'Salvar', 'Salvar / Novo' e 'Novo'. Os campos são os seguintes:

- Nº Guia Solicitação: [ ]
- Autorização: [ ]
- Nr da autoriz/ guia solíc. principal: [ ]
- Guia: [ ]
- Tipo autorização: TIPO TISS - ODONTOLOGICA [ ]
- Data de atendimento: 23/02/2022 11:35 [ ]
- Beneficiário: [ ]
- Atendimento ao recém-nato:
- Prestadores:
  - Solicitante: [ ]
  - CBOS Solicitante: [ ]
  - Local de execução: [ ]
  - Recebedor: CENTRO ODONTOLÓGICO PA [ ]
  - Executor: [ ]
  - Endereço do executor: [ ]
- Tipo de Atendimento Odontológico:
  - 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**  **Evento**

**Quantidade** 1 **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 - f. BAS: 00:343.1 - f. 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]

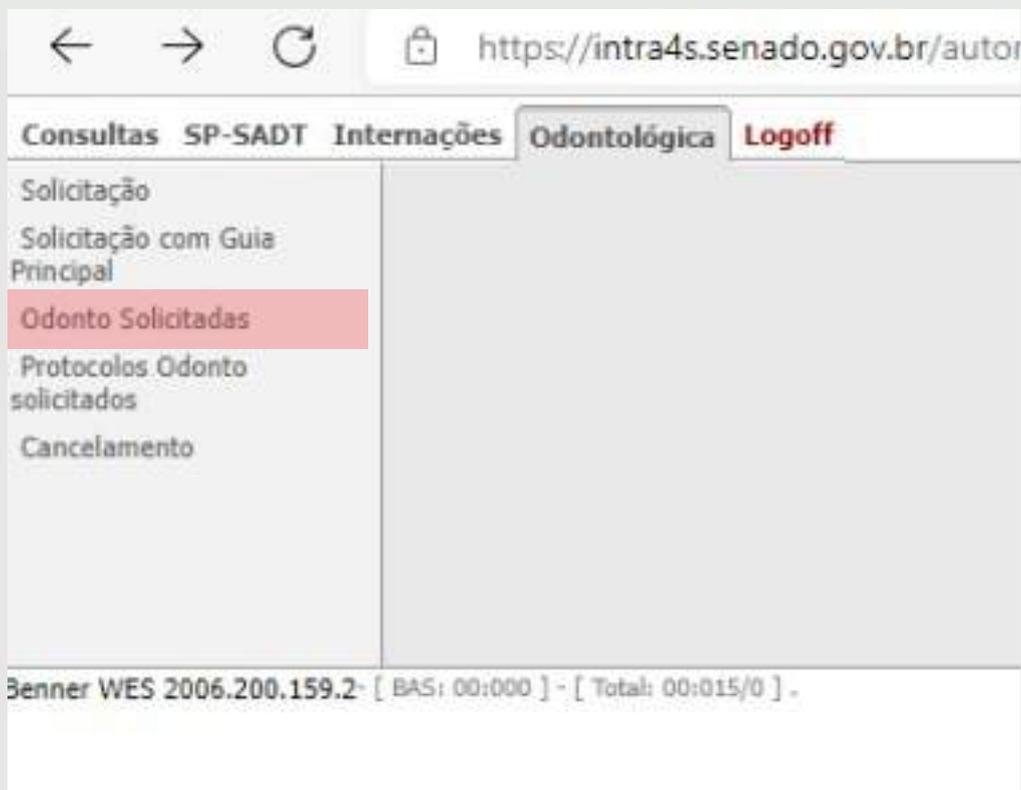
**Endereço do executor** Taguatinga Centro (Tagu)

#### 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	<b>Autorizada</b>

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
<a href="#">Voltar</a>				
<b>Protocolo</b>	9999992021102600000			
<b>Autorização</b>	45			
<b>Data da Autorização</b>	26/10/2021			
<b>Situação da Autorização</b>	<b>Aguardando justificativa técnica do solicitante</b>			
<b>Beneficiário</b>	02007299			
<b>Nome</b>				
<b>Sexo</b>	F			
<b>Nascimento</b>				
<b>Idade</b>	62			
<b>Plano</b>	Plano SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS			
<b>Contrato</b>	2 - SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS			
<b>1 Prestador</b>	6159041000			
<b>Nome</b>				
<b>EVENTOS RELACIONADOS</b>				

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 períto)

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

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

Nº Guia Principal Senha da Solicitação 5745705

Senha prévia Tipo acomodação atual

Acomodação atual  Intercorrência

C I D  Acidente Pessoal

Autorizada externamente

**Beneficiário**

**Beneficiário** DV 12

Nome  Atendimento ao recém-nato

**Características do atendimento**

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

**Regime de** Ambulatorial, Estip... **Condição de** Estip...

eranações Odontológica [Logoff](#)

Odonto Solicitadas > 574570 > Inserir Anexo

Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608 |

Salvar Salvar / Novo Cancelar

**Tipo do documento**  **Anexo**

**Responsável**  **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

The screenshot shows the SIS interface with the following details:

- Navigation: Consultas SP-SADT Internações Odontológica Logoff
- Left Menu: Solicitação, Solicitação com Guia Principal, Odonto Solicitadas, **Protocolos Odonto solicitados**, Cancelamento
- Page Title: Protocolos Odonto solicitados > 198229
- User: Sistema Integrado de Saúde - S... 09430544608
- Actions: Imprimir, Cancelar, **Anotações administrativas**, Inserir anexos, Observações
- Buttons: Principal, Complemento, Beneficiário, Voltar
- Section: Contato (Dados para retorno)
  - Protocolo Atendimento: 247857
  - Ano: 2022
  - Nome: Atendimento realizado fora da Central
  - Telefone de contato: [Empty]
- Section: Beneficiário
  - Nome: [Redacted]
  - Carteirinha: [Redacted]
  - Plano: Plano SIS - SERVIDORES COMISSIONADOS
  - Atendimento ao recém-nato: N
  - Data de Nascimento: 21/04/1967
- Section: 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: [Empty]

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**  

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

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.

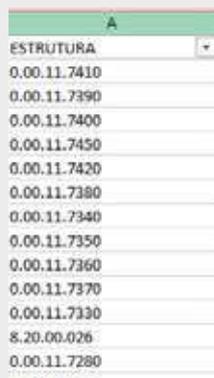
**BAIXAR**

## 2.Tabela

A tabela disponibilizada é composta pelas as seguintes colunas:

### 1) Estrutura

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



ESTRUTURA
0.00.11.7410
0.00.11.7390
0.00.11.7400
0.00.11.7450
0.00.11.7420
0.00.11.7380
0.00.11.7340
0.00.11.7350
0.00.11.7360
0.00.11.7370
0.00.11.7330
8.20.00.026
0.00.11.7280

### 2) Máscara

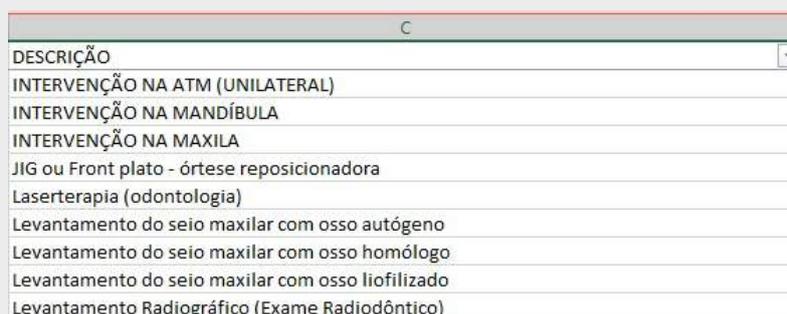
Diz respeito ao tipo de tabela a ser utilizada conforme demonstra figura abaixo:



MÁSCARA_TGE
SIS - Assistência Odontol
SIS - Assistência Odontol
SIS - Assistência Odontol
TUSS
Própria - Hospital Sírio Lib
TUSS
ODONTO PLAN-ASSISTE
TUSS
PRÓPRIA PLAN-ASSISTE

### 3) Descrição

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



DESCRIÇÃO
INTERVENÇÃO NA ATM (UNILATERAL)
INTERVENÇÃO NA MANDÍBULA
INTERVENÇÃO NA MAXILA
JIG ou Front plato - órtese reposicionadora
Laserterapia (odontologia)
Levantamento do seio maxilar com osso autógeno
Levantamento do seio maxilar com osso homólogo
Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado
Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)

## 2.Tabela

### 4) Nível de autorização

Utilizado para descrever se um determinado evento necessitará ou não de autorização prévia (análise pericial, onde o número 1 diz respeito aos eventos que não necessitam de autorização prévia, ou seja, ao serem solicitados no sistema serão autorizados automaticamente), conforme demonstra figura abaixo

C	D
DESCRIÇÃO	TAB_NIVELAUTORIZACAO
JIG ou Front plato - órtese reposicionadora	1
Laserterapia (odontologia)	1
Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	1
Levantamento do seio maxilar com osso homólogo	1
Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	1
Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	1
Mantenedor de espaço fixo	1
MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO OU REMOVÍVEL (P. FINAL COM MANTENEDOR) (NORMAS: 10	1

A numeração 3 na coluna de nível de autorização diz respeito aos exames que necessitam de autorização prévia, ou seja, passarão por análise até que seja dado o parecer definitivo, conforme demonstra figura abaixo

C	D
DESCRIÇÃO	TAB_NIVELAUTORIZACAO
INTERVENÇÃO NA ATM (UNILATERAL)	3
INTERVENÇÃO NA MANDÍBULA	3
INTERVENÇÃO NA MAXILA	3

**Observação:** lembrando que necessitando ou não de autorização prévia, todos os procedimentos deverão ser solicitados via sistema

## 2.Tabela

### 4) Idade mínima e máxima

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

E	F
IDADE_MINIMA ▾	IDADE_MAXIMA ▾
16	999
16	999
16	999
0	999
0	999
16	999
16	999
16	999
0	999
0	16

### 5) Prazo intervarlar

Diz respeito a periodicidade no qual cada procedimento pode ser solicitado novamente conforme demonstra imagem abaixo.

G
PRAZO INTERVALAR ▾
1095 dias
180 dias
180 dias
180 dias
..

## 2.Tabela

### 5) Quantidade máxima

Diz respeito a quantidade ou número de sessões em que cada evento pode ser solicitado conforme demonstra imagem abaixo.

H
QTD_MÁXIMA ▼
1
1
1
1
1
10 sessões
10 sessões
1

# 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>

### 1.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.



**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**.