

# TUTORIAL PARA SOLICITAÇÃO ONLINE DE RADIOGRAFIAS



# TUTORIAL PARA SOLICITAÇÃO ONLINE DE RADIOGRAFIAS

## Procedimento a ser realizado pelo CD solicitante

-Ao abordar o credenciado, deixar claro que a partir desta data só poderão ser realizadas solicitações de radiografias pelo portal. Não serão aceitos os pedidos feitos em receituário.

- Para realizar o pedido de radiografias, é necessário examinar o paciente, verificar qual a situação clínica e, após elaboração da hipótese diagnóstica, solicitar os exames complementares necessários. Na GTO aberta para o tratamento, está disponível a solicitação eletrônica de exames.

Login: TST101 Nome: TESTE 1 Registro ANS: 301949 | OdontoP

**Arquivo Digital**

- Imagens dos tratamentos
- Prontuário Virtual do Beneficiário
- Uploader Radiológica
- Uploader Radiológica - Envio em Lote

**Padrão TISS**

- Verificar Elegibilidade
- Solicitação Autorização (Iniciar Atendimento)
  - **Tratamento - Clínica Geral**
  - Consulta Inicial de Ortodontia
  - Guia Inicial de Ortodontia
  - Manutenção

Marca: Odontoprev  
Código do Beneficiário: 307188550  
[Consultar](#) [Limpar](#)

**Informações básicas**


Especialidade principal desta ficha: Clínico Geral  
Número da GTO ou Ficha da Operadora: ou  Não possuo bloco de ficha.

**Informações TISS**

Cod. Beneficiário: 307188550  
Nome do Beneficiário: MARINA COELHO DE ALMEIDA  
Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704804066621848 (não obrigatório)  
CPF: (Titular)  
RG: (Titular ou Dependente)  
Data de Nascimento: 20/10/1981 (Titular ou Dependente)  
Unidade Atendimento: TST 1 - TESTE UNNA  
Indicador de Atendimento ao Recém Nato: N - Não  
Tipo Profissional Solicitante: CRO  
Número do CRO do Profissional Solicitante: (não obrigatório)  
UF do CRO do Profissional Solicitante: (não obrigatório)  
Nome do Profissional Solicitante: (não obrigatório)

Ao abrir a guia você irá visualizar os dados do plano do paciente tais como, cobertura, carência e eventos monitorados.

[Enviar Guia](#) [Encerrar Tratamento](#) [Imprimir](#) [Solicitação de Exames](#) [Situação Inicial](#) [Voltar ao Menu](#)



## GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Número da guia no prefac

1-Registro ANS: 30194-9    3-Número da guia principal: 87071508    4-Data da

5-Número da guia atribuído pela operadora: 071508

### Dados do Beneficiário

8-Número da carteira: 307188550    9-Plano: 688-Integral CORD

12-Cartão Nacional de Saúde: 704804066621848

13-Nome: MARINA COELHO DE ALMEIDA    16-Atendimento: N

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do profissional solicitante

21-Código na operadora: TST101    22-Nome do contratado ex: TESTE 1

26-Nome do profissional executante: TESTE 1

### Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos E

30-Tabela	31-Código do procedimento	32-D	participação R\$	39-Aut	40-Cód. Negativa	41-Data de
1-						N
2-						N
3-						N

#### Guia de Tratamento Odontológico - Plano

Modalidade:  
Normal

Carência(s):  
Não existem eventos em carência.

Evento(s) Monitorado(s):  
NÃO existem eventos monitorados.

Ok

# Clique em solicitação de exames

[Enviar Guia](#) [Encerrar Tratamento](#) [Imprimir](#) [Solicitação de Exames](#) [Situação Inicial](#) [Voltar ao Menu](#)



## GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Número da guia no presta

1-Registro ANS  3-Número da guia principal  4-Data da autorização  5-Senha  6-Data validade da senha  7-Número da guia atribuido pela operadora

### Dados do Beneficiário

8-Número da carteira  9-Plano  10-Empresa  11-Validade da carteira  12-Cartão Nacional de Saúde   
13-Nome  14-Telefone  15-Nome do titular do plano  16-Atendimento

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do profissional solicitante  18-Número do CRO  19-UF  20-Código CBO   
21-Código na operadora  22-Nome do contratado executante  23-Número no CRO  24-UF  25-Código CNES   
26-Nome do profissional executante  27-Número do CRO  28-UF  29-Código CBO

### Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	30-Tabela	31-Código do procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtd US	37-Valor R\$	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cód. Negativa	41-Data de
1-		<input type="text"/>								N		
2-		<input type="text"/>								N		

Imediatamente abrirá uma segunda aba com os dados dos exames necessários a serem preenchidos. Importante lembrar que, de acordo com o manual de regras gerais, as imagens intrabucais devem ser feitas no consultório.

**Solicitação de exames**

Informar Hipótese Diagnóstica:

500 Quantidade máxima de caracteres

<b>Panorâmica</b> <input type="radio"/> Sem Traçado <input type="radio"/> Com Traçado <input type="radio"/> C/ Mod. Ortod.	<b>Documentação Ortodôntica</b> <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Especial <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Ortopédica <input type="radio"/> Controle <input type="radio"/> Periodontal	<b>Bite Wing - Interproximal</b> <input type="text"/> Esq. <input type="checkbox"/> Pré Molares <input type="checkbox"/> Molares      Dir. <input type="checkbox"/> Pré Molares <input type="checkbox"/> Molares	<b>Oclusal</b> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior	<b>Telerradiografia</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> Sem traçado <input type="radio"/> Com traçado
---	--	---	---	--

**Fotografia**

**Extra bucais**  Frontal  Perfil      **Intra bucais**  Oclusão frontal  Oclusão direita  Oclusão esquerda  Oclusal da arcada superior  Oclusal da arcada inferior

Periapical        Técnica de localização radiográfica        Levantamento Periapical

[Salvar Solicitação](#) [Outro Exames](#)

Preencha a hipótese diagnóstica e selecione as radiografias necessárias.

No exemplo, foram selecionadas a panorâmica sem traçado com boca semi-aberta.

**Solicitação de exames**

Informar Hipótese Diagnóstica:

PACIENTE COM PROFUNDIDADE DE SONDAGEM MAIOR QUE 6 MM NECESSITANDO INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PERIODONTAL. EXAME SOLICITADO PARA CONFIRMAÇÃO DA EXTENSÃO DA PERDA ÓSSEA

339 Quantidade máxima de caracteres

<b>Panorâmica</b> <input checked="" type="radio"/> Sem Traçado <input type="radio"/> Com Traçado <input type="radio"/> C/ Mod. Ortod. <input type="radio"/> Oclusão Dental <input checked="" type="radio"/> Semi-aberta	<b>Documentação Ortodôntica</b> <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Controle <input type="radio"/> Especial <input type="radio"/> Ortopédica <input type="radio"/> Periodontal	<b>Bite Wing - Interproximal</b> <input type="text"/> Esq. <input type="checkbox"/> Pré Molares <input type="checkbox"/> Molares Dir. <input type="checkbox"/> Pré Molares <input type="checkbox"/> Molares	<b>Oclusal</b> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior	<b>Telerradiografia</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> Sem traçado <input type="radio"/> Com traçado
--	--	---	---	--

**Fotografia**

**Extra bucais**  Frontal  Perfil **Intra bucais**  Oclusão frontal  Oclusão direita  Oclusão esquerda  Oclusal da arcada superior  Oclusal da arcada inferior

Periapical   Técnica de localização radiográfica   Levantamento Periapical

	Código	Descrição	Dente/Região	Qtde	Local
<a href="#">Excluir</a>	81.000.405	Rad.Panor.5/Tra	ASAI	1	Semi-aberta

[Salvar Solicitação](#) [Outro Exames](#)

Clique em Salvar Solicitação



Lembramos que as radiografias intrabucais devem ser realizadas no próprio consultório. Desta forma, caso haja solicitação de exames que deveriam ser feitos no consultório, ela deverá ser justificada.

Aparecerá uma aba Operação Realizada com Sucesso.

Clique em OK. A solicitação estará concluída e o beneficiário poderá se dirigir diretamente para a clínica de raio x.

www.it2.redeunna.com.br diz:  
Operação realizada com sucesso!  
OK

Informar Hipótese Diagnóstica:  
PACIENTE COM PROFUNDIDADE DE SONDAGEM MAIOR QUE 6 MM NECESSITANDO INTERVENÇÃO DA PERDA ÓSSEA

339 Quantidade máxima de caracteres

Panorâmica  
 Sem Traçado  
 Com Traçado  
 C/ Mod. Ortod.

Oclusão Dental  
 Oclusão Dental  
 Semi-aberta

Documentação Ortod.  
 Básica  
 Completa  
 Controle

Especial  
 Ortopédica  
 Periodontal

Esq.  Pré Molares  
 Molares

Dir.  Pré Molares  
 Molares

Oclusal   
 Superior  
 Inferior

Telerradiografia   
 Sem traçado  
 Com traçado

Fotografia

Extra bucais  Frontal  Perfil

Intra bucais  Oclusão frontal  Oclusão direita  Oclusão esquerda  Oclusal da arcada superior  Oclusal da arcada inferior

Periapical   Técnica de localização radiográfica   Levantamento Periapical

	Código	Descrição	Dente/Região	Qtde	Local
<a href="#">Excluir</a>	<a href="#">81.000.405</a>	<a href="#">Rad.Panor.S/Tra</a>	<a href="#">ASAI</a>	<a href="#">1</a>	<a href="#">Semi-aberta</a>

[Salvar Solicitação](#) | [Outro Exames](#)