

**ORIENTAÇÃO DE UTILIZAÇÃO**

A GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO deverá ser utilizada para a solicitação de internação.

- ◆ Na Indicação de OPME deverá ser preenchido o anexo específico.

Solicitamos especial atenção dos conveniados para as seguintes orientações:

- ◆ O atendimento só pode ser realizado mediante a apresentação do cartão de identificação da Fundação Copel (observando a validade) e da cédula de identidade do beneficiário.
- ◆ A guia de Solicitação de Internação deverá ser preenchida por médico/dentista/assistente.
- ◆ O modelo do presente documento é exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, implantado por força da Resolução Normativa - RN nº 305, de 09/10/2012, e da Instrução Normativa - IN nº 51, de 09/10/2012.
- ◆ A legenda com a descrição dos campos deste formulário e as tabelas de domínio com os códigos a serem utilizados estão disponíveis na página da FC - Portal TISS e/ou ANS (www.ans.gov.br).
- ◆ Para efeito de cobrança dos atendimentos, a guia deve ser apresentada à Fundação Copel. No caso do preenchimento incorreto ou incompleto implicará na devolução da produção e guia ao conveniado, para ser providenciada a solução do problema.
- ◆ Segue, legenda para preenchimento dos campos obrigatórios:

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.
3	Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora. Obs.: Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.
5	Senha	Senha de autorização fornecida pela operadora.
7	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora.
9	Atendimento a RN	Indica se o paciente é um recém nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Obs.: Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
10	Nome	Nome completo do beneficiário.
12	Código do contratado	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.
13	Nome do contratado	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
14	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento.
15	Conselho Profissional	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.
16	Número no conselho	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.
17	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.
18	Código CBO	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.
19	Código na operadora / CNPJ	Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.
20	Nome do hospital / local	Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário.
21	Data sugerida para internação	Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.
22	Caráter do Atendimento	Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.
23	Tipo de internação	Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.
24	Regime de Internação	Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41.
25	Qtde diárias solicitadas	Número de dias de internação solicitadas pelo prestador.
26	Previsão de uso de OPME	Indica se há previsão de utilização de OPME na internação. Obs.: Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso destes materiais.
27	Previsão de uso de quimioterápico	Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação. Obs.: Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e "N" - não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.
28	Indicação Clínica	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.
29	CID10 Principal	Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão.
33	Indicação de Acidente	Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.
34	Tabela	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.
35	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.
36	Descrição	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.
37	Qtde Solicita	Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.
38	Qtde Autorizada	Quantidade do procedimento autorizada pela operadora. Obs.: Caso a operadora não autorize deve ser informado zero.
40	Qtde diárias autorizadas	Número de dias de internação autorizados pela operadora.
41	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49.
44	Código CNES	Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS).
45	Observação / Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observação sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário.
46	Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.
47	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.
48	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.
49	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.