

**ORIENTAÇÃO DE UTILIZAÇÃO**

A GUIA DE CONSULTA tem a finalidade de ser utilizada única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios.

Poderá sere utilizada também para consulta com Nutricionista.

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 (devendo ser observada a validade do mesmo) e da cédula de identidade do beneficiário.
- ◆ 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.
- ◆ 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).
- ◆ 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 atribuída pela operadora. Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
4	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora.
6	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.
7	Nome	Nome completo do beneficiário.
9	Código na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.
10	Nome do contratado	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.
11	Código CNES	Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). Obs.: Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
12	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento.
13	Conselho Profissional	Código do conselho profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.
14	Número no conselho	Número de registro do profissional executante no respectivo Conselho Profissional.
15	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.
16	Código CBO	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
17	Indicação de Acidente	Indica se o atendimento foi devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.
18	Data do Atendimento	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.
19	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.
20	Tabela	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.
21	Código do procedimento	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.
22	Valor do procedimento	Valor unitário do procedimento realizado.
23	Observação/ Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. Obs.: Campo opcional.
24	Assinatura do profissional executante	Assinatura do profissional que executou o procedimento.
25	Assinatura do beneficiário ou responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.

Observações:
