



## ORIENTAÇÃO DE UTILIZAÇÃO

A GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO tem a finalidade de ser utilizada única e exclusivamente para tratamentos realizados em rede credenciada.

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.
- ◆ 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](http://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.
- ◆ 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.
- ◆ Segue, legenda para preenchimento dos campos obrigatórios:

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
1	Registro ANS	Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
2	Número da guia no prestador	Número que identifica a guia no prestador de serviços.
3	Número da guia principal	Número da guia principal à qual essa guia está relacionada. Obs. Deve ser preenchido quando se referenciar a outra guia de tratamento odontológico.
5	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora. Obs.: Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
7	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.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
8	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora.
9	Plano	Nome do plano de saúde do beneficiário, conforme informado na ANS.
13	Nome	Nome completo do beneficiário.
17	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento.
18	Número no CRO	Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado solicitante.
19	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.
20	Código CBO	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.
21	Código na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.
22	Nome do contratado executante	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.
23	Número no CRO	Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do contratado executante.
24	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do prestador contratado executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.
25	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.
26	Nome do profissional executante	Nome do profissional que executou o procedimento.
27	Número no CRO	Número de registro no Conselho Regional de Odontologia do profissional executante.
28	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.
29	Código CBO	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.
30	Tabela	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.
31	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.
32	Descrição	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.
33	Dente/Região	Identificação da dentição permanente ou decídua segundo tabela de domínio de dentes nº 28 ou identificação da região de acordo com a tabela de domínio de regiões nº 42.
34	Face	Identificação da(s) face(s) do dente referido no campo Dente, conforme tabela de domínio nº 32.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
35	Qtde	Quantidade solicitada / executada do procedimento.
37	Valor	Valor unitário do procedimento realizado.
39	Autorizado	Indicador de autorização para o procedimento. Obs.: Preencher com S (sim) quando o procedimento foi autorizado pela operadora ou N (não) quando a operadora não autorizou a realização do procedimento.
40	Data de Realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.
41	Assinatura e/ou Rubrica	Assinatura do beneficiário ou responsável.
42	Data de Término do Tratamento	Data prevista de término do tratamento odontológico.
43	Tipo de Atendimento	Código do tipo de atendimento em odontologia, conforme tabela de domínio nº 51.
44	Tipo de faturamento	Código do tipo do faturamento apresentado na guia, conforme tabela de domínio nº 55.
46	Valor Total	Valor total de todos os procedimentos realizados.
48	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. E registro do horário do atendimento para urgência e emergência.
49	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Data da assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.
50	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Assinatura do cirurgião-dentista solicitante do tratamento.
51	Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	Data da assinatura do cirurgião-dentista executante do tratamento.
52	Assinatura do Cirurgião-Dentista	Assinatura do profissional que executou o procedimento.
53	Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Data da assinatura do beneficiário ou responsável.
54	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.

Observações: