



ORIENTAÇÕES DE UTILIZAÇÃO

A **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT** deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequena cirurgia, terapias, consulta referência, exames, SADT internado, quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS), atendimento de pronto ambulatorial (sutura, gesso e outros).

Compreende os processos de autorização, desde que necessária, e de execução dos serviços. Na indicação de quimioterapia/radiologia é necessário o preenchimento do 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.
- ◆ É indispensável o procedimento do campo 5, quando se trata de procedimento com valor unitário igual ou superior a R\$ 150,00.
- ◆ O 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 a serem 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 solicitação 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 principal	Número da guia principal. Obs.: Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais.
4	Data da autorização	Data em que a autorização para realização do tendimento/procedimento foi concedida pela operadora. OBS.: Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
5	Senha	Senha de autorização emitida pela operadora. Obs.: Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
6	Data de validade da senha	Data de validade da senha de autorização do procedimento.
7	Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora. Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
8	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário na operadora.
10	Nome	Nome completado beneficiário.
12	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.
13	Código na operadora	Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. Obs.: Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
14	Nome do contratado	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento.
15	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento.
16	Conselho Profissional	Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.
17	Número no Conselho	Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.
18	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.
19	Código CBO	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
20	Assinatura do Solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.
21	Caráter do Atendimento	Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.
22	Data da Solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.
23	Indicação Clínica	Indicação clínica do profissional embasando a solicitação. Obs.: Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
24	Tabela	Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.
25	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.
26	Descrição	Descrição do procedimento solicitado pelo prestador.
27	Qtde Solicitação	Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador.
28	Qtde Autorização	Quantidade do procedimento autorizada pela operadora.
29	Código na operadora	Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.
30	Nome do contratado	Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.
31	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.
32	Tipo de Atendimento	Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.
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	Tipo de consulta	Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52. Obs.: Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta.
36	Data	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado.
37	Hora Inicial	Horário inicial da realização do Procedimento. Obs.: Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
38	Hora Final	Horário final da realização do Procedimento. Obs.: Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência.
40	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento realizado pelo prestador.
41	Descrição	Descrição do procedimento Realizado.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
42	Qtde	Quantidade realizada do Procedimento. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
43	Via	Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
44	Téc	Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº48. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
45	Fator Red / Acrésc	Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1 00.
46	Valor Unitário	Valor unitário do procedimento realizado. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
47	Valor Total	Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
48	Seq. Ref	Número sequencial referência do procedimento ou exame realizado do qual o profissional participou. Condicionado. Deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.
49	Grau Part	Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equipe.
50	Código na Operadora / CPF	Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
51	Nome do profissional	Nome do profissional que executou o procedimento. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
52	Conselho Profissional	Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
53	Número no conselho	Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.

Nº do Campo na Guia	Nome do Campo na Guia	Descrição
54	UF	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
55	Código CBO	Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24. Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
56	Data de realização de procedimentos em série	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. Condicionado. Deve ser preenchido quando se tratar de procedimentos seriados.
57	Assinatura do beneficiário ou responsável na realização de procedimentos em série.	Assinatura do beneficiário ou responsável. Obrigatório.
58	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. Opcional.
59	Total de Procedimentos	Valor total de todos os procedimentos realizados. Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
60	Total de Taxas Diversas e Aluguéis	Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados. Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.
61	Total de Materiais	Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
62	Total de OPME	Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada. Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados.
63	Total de Medicamentos	Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado. Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
64	Total Gases Medicinais	Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados. Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
65	Total Geral	Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados. Obrigatório.
66	Assinatura do responsável pela Autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. Obrigatório.
67	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Assinatura do beneficiário ou responsável.
68	Assinatura do contrato	Assinatura do prestador contratado. Obrigatório.