



PADRÃO TISS

organiza**cional**

maio 2014



Sumário

I.#	Versão do Componente Organizacional	6#
II.#	Componente organizacional	6#
	Finalidade	6#
	Definição	6#
III.#	Exposição de motivos da atualização	6#
IV.#	Histórico de alterações na versão 3.02.00	7#
	Inclusões	7#
	Alterações	7#
	Exclusões	9#
V.#	Histórico de alterações na versão 3.01.00	10#
	Inclusões	10#
	Alterações	12#
	Exclusões	16#
VI.#	Histórico de alterações na versão 3.00.01	17#
	Inclusões	17#
	Alterações	19#
	Exclusões	26#
VII.#	Destaques em relação à versão 2.02.03	27#
	Inclusões	27#
	Alterações	27#
	Exclusões	28#
	Quadro resumo das alterações nas mensagens	29#
VIII.#	Metodologia	30#
IX.#	Entidades de referência	30#
X.#	Padrão TISS	31#
	Finalidade	31#

Diretriz.....	31#
Escopo	32#
Diagrama dos Componentes do Padrão TISS.....	34#
XI.# Componente de Conteúdo e Estrutura	35#
Definição	35#
Formato de apresentação.....	35#
Identificação do arquivo que dispõe o componente	36#
Processos padronizados no Padrão TISS.....	36#
Trocas de informações estabelecidas no padrão TISS.....	36#
Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.....	36#
Entre operadoras e beneficiários.....	37#
Entre operadoras e ANS	38#
Do prestador solicitante para o beneficiário.....	38#
Lista de mensagens por processo padronizado	38#
Vinculação entre as guias.....	42#
Utilização de código de barras	46#
XII.# Componente de Representação de Conceitos em Saúde	47#
Definição	47#
Formato de apresentação.....	47#
Identificação do arquivo que dispõe o componente	48#
Controle de alteração das terminologias.....	48#
Lista de terminologias	50#
Tabela própria da operadora.....	51#
XIII.# Componente de Segurança e Privacidade.....	53#
Definição	53#
Formato de apresentação.....	53#
Identificação do arquivo que dispõe o componente	53#
XIV.# Componente de Comunicação	55#
Definição	55#

Formato de apresentação.....	56#
Identificação do arquivo que dispõe o componente	57#
Validação dos arquivos XML.....	57#
Assinatura Digital.....	57#
Senhas – formato de transmissão	58#
HASH MD-5.....	59#
Lista de mensagens	61#
Quadro resumo da lista das mensagens	63#
Plano de contingência.....	66#
Versionamento do Padrão TISS.....	69#
Identificação da vigência do Padrão TISS.....	69#
Validação da versão do TISS.....	69#
Outras regras operacionais.....	70#
XV.# Regras para o envio de dados à ANS.....	71#
XVI.# Prazos	79#
XVII.# Penalidades	80#
XVIII.# Disposição Transitória	80#
XIX.# Atualização do Padrão TISS	81#
Regras de solicitação de alteração do Padrão TISS.....	82#
Descrição do fluxo de análise das solicitações de alteração	91#
Divulgação de novas versões	94#
XX.# Glossário.....	96#

I. Versão do Componente Organizacional

1. Esta versão do componente organizacional é identificada por **201405**.

2. Data de atualização: **26/05/2014**, retificada em **09/07/2014** tornando sem efeito o item 5.22.

II. Componente organizacional

Finalidade

3. A finalidade do componente organizacional é estabelecer o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS.

Definição

4. O componente organizacional do Padrão TISS contém:
- Nomeação da versão e data de atualização;
 - Exposição de motivos da atualização e histórico de alteração;
 - Definições e regras de uso;
 - Definições das regras de atualização;
 - Outras regras operacionais.

III. Exposição de motivos da atualização

Foram recebidas algumas solicitações de alteração do padrão por identificação de erros.

Após análise realizada pela ANS, em conjunto com o COPISS, foram acatadas diversas solicitações de alteração do padrão o que dá origem a esta atualização da versão.

As alterações decorrentes das solicitações acatadas estão listadas no item 5 deste componente.

IV. Histórico de alterações na versão 3.02.00

5. As alterações do Padrão TISS em relação à versão 03.01.00 são:

Inclusões

- 5.1. No Componente de Comunicação, incluídos os campos dente, região e face do dente no protocolo de recebimento de recurso de glosas no Webservice (protocoloRecebimentoRecursoWS);
- 5.2. No Componente de Comunicação e no Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 30 termos na terminologia de mensagens de retorno referentes a certificado e assinatura digitais e referentes às críticas no envio de dados para a ANS (tissSimpleTypes);
- 5.3. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de diárias, taxas e gases medicinais foram incluídos 44 termos.
- 5.4. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de medicamentos foram incluídos 773 termos.
- 5.5. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de procedimentos e eventos em saúde foram incluídos 10 termos.
- 5.6. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de mensagens foram incluídos 30 termos.
- 5.7. No Componente Organizacional foi incluída a regra sobre o namespace estabelecido nos schemas XSD e descritores WSDL.
- 5.8. No Componente Organizacional foram incluídas regras sobre assinatura digital.

Alterações

- 5.9. Alterado neste componente, as regras sobre pacotes no envio de dados à ANS;

- 5.10. Alteradas neste componente, as regras de nomenclatura dos arquivos no envio de dados à ANS;
- 5.11. Alterada neste componente, a regra sobre os tipos de arquivos válidos no envio de dados à ANS;
- 5.12. No Componente de Comunicação, na mensagem de recebimento de anexo pela operadora, o campo diagnosticoHistopatologico teve sua condição de preenchimento corrigida de obrigatório para opcional nos anexos de quimioterapia e de radioterapia;
- 5.13. No Componente de Conteúdo e Estrutura e no Componente de Comunicação, na mensagem de envio de dados para a ANS, os campos quantidade informada e quantidade paga tiveram seus tamanhos corrigidos para 4 inteiros e 4 decimais;
- 5.14. No Componente de Comunicação, o campo data de realização da guia foi corrigido para preenchimento opcional na mensagem de recebimentoLote e na mensagem situacaoProtocolo ;
- 5.15. No Componente de Comunicação foi alterado o tamanho do campo de senha do prestador de 20 para 32 posições;
- 5.16. No Componente de Comunicação, foi colocada a possibilidade na mensagem de recurso de glosa do prestador poder informar mais de um código de glosa com sua justificativa;
- 5.17. No Componente de Comunicação, na mensagem de cobrança da guia de odontologia, foi corrigida a condição de preenchimento dos campos: CBO do profissional, CNES do profissional executante, quantidade de procedimentos, valor do procedimento, tipo de atendimento, tipo de faturamento, indicador de autorização e valor total de procedimentos para obrigatório;
- 5.18. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de medicamentos foram alterados 17 termos.

- 5.19. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de diárias, taxas e gases medicinais foi alterado 1 termo.
- 5.20. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de procedimentos e eventos em saúde foram alterados 4 termos.
- 5.21. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de mensagens foram alterados 3 termos.
- 5.22. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, nas terminologias de materiais e OPME, de medicamentos e de diárias, taxas e gases medicinais a data de fim de implantação foi alterada para 30/11/2014 para todos os termos. Tornado sem efeito pela retificação publicada em 09/07/2014.**
- 5.23. No Componente de Comunicação, na mensagem de demonstrativo de pagamento de odontologia, foi alterada a tag de identificação do prestador contratado para explicitar a informação de CPF ou CNPJ do contratado;

Exclusões

- 5.24. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de diárias, taxas e gases medicinais foram inativados 2 termos.
- 5.25. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de procedimentos e eventos em saúde foi inativado 1 termo.
- 5.26. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de medicamentos foram inativados 18 termos.
- 5.27. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de mensagens foram inativados 8 termos e inativados por alteração 3 termos.

V. Histórico de alterações na versão 3.01.00

6. As alterações do Padrão TISS em relação à versão 03.00.01 são:

Inclusões

- 6.1. No Componente de Comunicação, no schema `tissSimpleTypes` foi incluído "SOLIC_STATUS_RECURSO_GLOSA" e "RECEBIMENTO_RECURSO_GLOSA" no domínio de `dm_tipoTransacao`.
- 6.2. Incluído o termo "LoginInvalido" para quando o prestador envia um mensagem de cobrança através de webservice com identificação do usuário ou senha inválida.
- 6.3. No Componente de Comunicação, no schema `tissMonitoramento` foi criado o elemento `mensagemEnvioANS` que contempla a estrutura da mensagem de envio de dados pelas operadoras à ANS incluindo, também, a mensagem de retorno da ANS para as operadoras.
- 6.4. No Componente de Comunicação, no schema `tissMonitoramentoV3_01_00`, foi incluído o tipo de registro, sendo: 1-inclusão, 2-alteração ou 3-exclusão.
- 6.5. No Componente de Comunicação, no schema `tissMonitoramentoV3_01_00`, foi incluído o elemento `data` do processamento da guia.
- 6.6. No Componente de Comunicação, na autorização da prorrogação de internação foi incluído o elemento "justificativa da operadora".
- 6.7. No Componente de Comunicação foi incluído o campo de status da solicitação na resposta da situação do protocolo de anexos de quimioterapia e radioterapia.
- 6.8. No componente de Representação de Conceitos em Saúde e de Comunicação foram incluídos 14 termos na terminologia do código brasileiro de ocupação (TUSS 24), detalhados no arquivo "Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls", disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

- 6.9. No componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 37 termos na terminologia de procedimentos e eventos em saúde (TUSS 22), detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.10. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de Tipo de Atendimento (TUSS 50), foram incluídos 8 termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.11. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de Medicamentos (TUSS 20), foram incluídos 3.770 termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.12. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de Material e OPME (TUSS 19), foram incluídos 10.980 termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.13. No Componente de Conteúdo e Estrutura, foi incluída a legenda a mensagem “Informação acerca da negativa de autorização” que é o conjunto mínimo de informações que devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 319, de 05 de março de 2013.
- 6.14. No componente Organizacional foi incluído o tópico XIV – Regras para o envio de dados à ANS.
- 6.15. No componente Organizacional foi incluído o tópico 50 – Utilização de código de barras, informando que é facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração, para representar o número da guia no prestador e descrevendo o padrão que deve ser utilizado.
- 6.16. No componente Organizacional foi incluído o tópico “Senhas – formato de transmissão”. Dentro do capítulo XIII – Componente de Comunicação.

- 6.17. No componente Organizacional foi incluído o tópico “Assinatura Digital”. Dentro do capítulo XIII – Componente de Comunicação.

Alterações

- 6.18. No Componente de Segurança e Privacidade foram acrescentados mais dois itens no final da relação (itens 30 e 31);
- 6.19. No componente de Comunicação, o bloco de assinatura digital foi colocado no final da mensagem, após o *hash*;
- 6.20. No Componente de Comunicação, no schema *tissComplexTypes*, no tipo complexo "ct_protocoloRecebimentoRecurso" o elemento "dataEnvioLote" estava definido como "st_texto12" e foi alterado para "st_data".
- 6.21. No Componente de Comunicação foi alterada a mensagem de recurso de glosa para possibilitar o envio de apenas uma guia de recurso de glosa (e não 100), com até cem guias, por mensagem compatibilizando, desta forma, com a mensagem de retorno do recurso de glosa.
- 6.22. No Componente de Comunicação foi corrigida a mensagem de resposta a solicitação de prorrogação de internação no *webservice*, incluindo os campos de quantidade de diárias autorizadas e acomodação autorizada.
- 6.23. Nos Componentes de Comunicação e de Conteúdo e Estrutura, foi incluído o número da guia da operadora na mensagem de Recurso de glosa.
- 6.24. Nos Componentes de Comunicação e de Conteúdo e Estrutura, foi alterado o conceito da guia de honorário individual que passa a ser utilizada para a cobrança de honorários de vários profissionais. Foi incluído o bloco para identificação dos profissionais executantes com os seguintes campos: grau de participação, código/CPF, nome, conselho profissional e CBO.
- 6.25. Nos Componentes de Comunicação e de Conteúdo e Estrutura, foi alterado o demonstrativo de pagamento para inclusão do bloco de valores totais, débitos e créditos para cada data de pagamento apresentada no relatório.

6.26. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, na Guia de Resumo de Internação, foi alterado o texto abaixo de:

“Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou de outros profissionais, deve ser usada uma guia de Honorário Individual independente para cada profissional. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo “2-Número da Guia Referenciada” contenha o número da guia de Solicitação de Internação”.

Para: “Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou de outros profissionais, deve ser usada uma guia de Honorários. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo “2-Número da Guia Referenciada” contenha o número da guia de Solicitação de Internação.”

6.27. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, na Guia de Honorário Individual, foi alterado o texto abaixo de:

Honorário Individual

- **Uso:**
 - Utilizada para a cobrança de honorários diretamente pelo profissional.
- **Vinculação:**
 - A guia de Honorário Individual só pode ser vinculada à guia de Solicitação de Internação.

Para:

Guia de Honorários

- **Uso:**
 - Utilizada para a cobrança de honorários diretamente pelo profissional.
- **Vinculação:**
 - A guia de Honorários só pode ser vinculada à guia de Solicitação de Internação.

6.28. No Componente Organizacional, no tema “Lista de mensagens por processo padronizado”, foi alterado o item “Processo de envio de informações para o beneficiário” com a inclusão da mensagem de informações acerca da negativa de autorização, conforme o texto abaixo:

2. Informações acerca da negativa de autorização: é a definição do conjunto mínimo de informações que devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 319, de 05 de março de 2013.

6.29. No Componente Organizacional, no tema “Lista das Mensagens”, foi alterado o texto abaixo de: “**LoteGuias**: Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorário individual e odontologia.” para “**LoteGuias**: Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorários e odontologia.”

6.30. No Componente Organizacional, no tema “Quadro Resumo das Mensagens”, foi alterada a descrição da mensagem Loteguia de “Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorário individual e odontologia. Esta mensagem deve ter no máximo cem guias de cobrança de um mesmo tipo.” para “Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorários e odontologia. Esta mensagem deve ter no máximo cem guias de cobrança de um mesmo tipo.

6.31. Nos Componentes de Comunicação e de Conteúdo e Estrutura, na mensagem de Demonstrativo de Análise de Conta foram incluídos dois campos para informar o status do protocolo e o status da guia.

6.32. Nos Componentes de Comunicação e de Conteúdo e Estrutura, na Guia de Tratamento Odontológico foi incluído o Código de Motivo de Negativa, para os casos dos procedimentos não autorizados.

6.33. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem respostaRecursoGlosa, foi alterada a identificação do termo “Status da solicitação de recurso de glosa” para “Status do protocolo de recurso de glosa” e foi incluída a referência à tabela de domínio na descrição do termo.

- 6.34. No Componente de Comunicação foi incluída a estrutura `autorizacaoServicoOdonto` na estrutura de `autorizacaoProcedimentoWS` que é utilizada no webservice de solicitação e autorização de procedimentos.
- 6.35. No Componente de Comunicação foi retirada a duplicidade “RCID” (Região de canino inferior direito) e incluído “RPSD” (Região dos pré-molares superiores direito) em `dm_regiao`.
- 6.36. No Componente de Comunicação foi incluído o numero da guia atribuído pela operadora na mensagem de solicitação de cancelamento de guia.
- 6.37. No componente de Representação de Conceitos em Saúde e de Comunicação foram alterados 2 termos na terminologia do código brasileiro de ocupação (TUSS 24), detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.38. No componente de Representação de Conceitos em Saúde e de Comunicação foram alterados 2 termos na terminologia de procedimentos e eventos em saúde (TUSS 22), detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.39. No Componente de Comunicação, na mensagem `loteAnexos` foi retirada a possibilidade do envio de até 100 anexos de Quimioterapia, Radioterapia e OPME. Poderá ser enviado apenas 1 anexo por mensagem.
- 6.40. No Componente de Comunicação, na mensagem `recebimentoAnexo` foi incluída a estrutura para indicar o recebimento do anexo de situação inicial de odontologia.
- 6.41. No Componente de Comunicação, os campos de valores das guias no recibo do lote de cobrança foram colocados como opcionais, uma vez que no momento de emissão do recibo a operadora pode não ter avaliado ainda todas as guias.

- 6.42. No Componente de Comunicação, no schema tissWebServices, na tag loteAnexoWS, foi incluída a tag anexoSituacaoInicial contendo a estrutura do anexo de situação inicial de odontologia.
- 6.43. Nos componentes de Comunicação e Conteúdo e Estrutura, foi alterada a forma de solicitação de demonstrativo de pagamentos. Nesta versão pode-se solicitar o demonstrativo por uma data de pagamento ou por competência (mês/ano) de pagamento.
- 6.44. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda das guias de consulta, SP/SADT, Solicitação de Internação, Resumo de Internação, Tratamento Odontológico, Honorários, Anexo de Solicitação de OPME, Anexo de Solicitação de Quimioterapia, Anexo de Solicitação de Radioterapia, Anexo de Situação Inicial de Odontologia, Recurso de Glosa e Recurso de Glosa Odontológica, foi alterada a condição de preenchimento do campo “Número da Guia no Prestador”, para informar que é facultado imprimir o número em formato de código de barras, seguindo o padrão CODE 39 de alta densidade.

Exclusões

- 6.45. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de tipo de atendimento (TUSS 50), foi inativado 1 termo, detalhado no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.46. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia do código brasileiro de ocupação (TUSS 24), foram inativados 5 termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.47. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de Medicamentos (TUSS 20), foram inativados 1.602 termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
- 6.48. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de material e opme (TUSS 19), foram inativados 6.794

termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

6.49. No componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de procedimentos e eventos em saúde (TUSS 22), foram inativados 4 termos, detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201311.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

6.50. No componente de Comunicação foi retirado o valor “34” no elemento dm_UF, em tissSimpleTypes, da lista de valores válidos para codificação das UF.

VI. Histórico de alterações na versão 3.00.01

7. As alterações do Padrão TISS em relação à versão 03.00.00 são:

Inclusões

7.1. No Componente de Comunicação, no schema tissSimpleTypes no domínio de dm_diagnosticoImagem, foram incluídos os itens “5-Ultrassonografia” e “6-PET”.

7.2. No Componente de Comunicação, no schema tissSimpleTypes no domínio de dm_finalidadeTratamento, foi incluído item “5-Controle”.

7.3. No Componente de Comunicação, no schema tissSimpleTypes.xsd no domínio de dm_statusSolicitacao, foram incluídos os itens “4-Aguardando justificativa técnica do solicitante”, “5-Aguardando documentação do prestador”, “6-Solicitação cancelada” e “7-Autorizado parcialmente”.

7.4. No Componente de Comunicação, no schema XML na mensagem de solicitação de autorização de OPME, foi incluído o campo “Observacao”

7.5. No Componente de Comunicação, no domínio do elemento dm_tipoTransacao, foi incluído o valor "RECURSO_GLOSA".

7.6. No Componente de Comunicação, no domínio do elemento dm_tipoTransacao, foi incluído o valor "RESPOSTA_RECURSO_GLOSA".

7.7. No Componente de Comunicação e Conteúdo e Estrutura, na mensagem situacaoProtocolo, foi incluída mais uma opção de retorno quando o numero do protocolo tratar-se de um lote de anexos e não de guias de cobrança (situacaoProtocoloAnexo).

7.8. Nos Componentes de Representação de Conceitos em Saúde e de Comunicação foram incluídos 77 termos na terminologia de mensagens (TUSS 38), detalhados no arquivo "Padrão TISS – histórico da terminologia – 201305.xls", disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

7.9. No Componente Organizacional, no tema "Troca de informações estabelecidas no Padrão TISS entre operadoras e prestadores de serviços", foi incluído o item 29 com o texto abaixo:

"29. Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, os processos padronizados para troca em papel conforme o contrato entre as partes são:

- Comprovante presencial;
- Cobrança de serviços de saúde (Guia de Tratamento Odontológico–comprovante de atendimento)".

7.10. No Componente Organizacional, no tema "Vinculação entre as guias", foi incluído o bloco referente ao comprovante presencial, com o texto abaixo:

"Guia de Comprovante Presencial

- **Uso:**
 - Utilizada para comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.
- **Vinculação:**

No campo “14 – Número da guia principal” deve ser informado o número da guia principal onde será cobrado o atendimento ao beneficiário.”

7.11. No Componente Organizacional, no tema “Componente de Representação de Conceitos em Saúde” foram incluídas as regras de controle de alteração das terminologias.

7.12. No Componente Organizacional, no item Alteração do Padrão TISS, foram incluídas as regras abaixo:

7.12.1. A alteração do Padrão TISS pode ser solicitada diretamente à ANS ou, preferencialmente, à entidade de representação no COPISS.

7.12.2. Quando a solicitação for encaminhada à entidade de representação, esta deve analisar a pertinência da demanda.

7.12.3. Caso a entidade verifique que a demanda é pertinente, formaliza o pedido para a ANS através de envio do formulário ou página na web disponibilizada pela ANS denominado Solicitação de Alteração do Padrão TISS.

7.13. No Componente de Comunicação foi incluído o webservice para solicitação do status de recurso de glosa que estava faltando.

Alterações

7.14. No Componente de Comunicação, na mensagem de envio de dados das operadoras para a ANS, foram incluídos os campos para informar o código do grupo de procedimento, a identificação de reembolso e a data inicial do período de faturamento que estavam faltando no schema.

7.15. No Componente de Comunicação foi igualada a estrutura de recebimento do lote de anexos nos esquemas tiss_V3_00_01 e tissWebServicesV3_00_01. (nas duas estruturas está sendo utilizado o mesmo tipo complexo ct_anexoRecebimento).

- 7.16. No Componente de Comunicação, nos tipos complexos `ct_resposta` `ct_respostaGlosaItemMedico`, foram retirados os elementos `valorTotalRecursado` e `valorTotalAcatado`.
- 7.17. No Componente de Comunicação, foi corrigida a mensagem `respostarecursoglosa` colocando o elemento "acatado".
- 7.18. No Componente de Comunicação, na guia de outras despesas, foi retirado o bloco de valores totais, uma vez que estes totais já estão na guia de resumo de internação e de SP/SADT.
- 7.19. No Componente de Comunicação foi renomeada uma das TAG `recursoGuia` para `recursoGuiaCompleta` em `ctm_RecursoGlosa` por estar duplicada e com finalidade distinta.
- 7.20. No Componente de Comunicação foi retirada a acentuação gráfica da TAG `valorDiarias` em `ct_guiasValorTotal` que estava indevidamente acentuada.
- 7.21. No Componente de Comunicação, no tipo complexo "`ctm_prorrogacaoSolicitacaoGuia`", foi corrigido o nome do elemento "`dadosBeneficiario`" para "`dadosBeneficiario`".
- 7.22. No Componente de Comunicação, a guia de solicitação de SP/SADT da mensagem de solicitação de autorização de procedimentos foi alterada para permitir o envio dos três tipos de anexos na mesma solicitação.
- 7.23. Nos Componentes de Comunicação e Conteúdo e Estrutura, na mensagem do envio de dados das operadoras para a ANS, foi incluído o número da guia de solicitação de internação.
- 7.24. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de Solicitação de Status do Recurso de Glosa (`solicitaStatusRecursoGlosa`), foi corrigido o fluxo da mensagem de "Operadora para Prestador" para "Prestador para Operadora".
- 7.25. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem Situação do Status da Autorização (`situacaoAutorizacao`), no bloco de

Autorização de Prorrogação, foi corrigido o termo “Quantidade autorizada do procedimento ou item assistencial” para “Quantidade de diárias adicionais autorizadas”.

- 7.26. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem da guia de honorário individual, foi corrigido o número do campo na guia do campo “valor total dos honorários” para 36 e do campo “observação” para 35.
- 7.27. No Componente de Conteúdo e Estrutura, no layout da guia de resumo de internação, foi corrigido o número do campo na guia do campo “Total de OPME” para 58 e do campo “Total de medicamentos” para 59.
- 7.28. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da guia de prorrogação de internação, foi corrigido o número do campo na guia do campo “Tabela” para 19.
- 7.29. No Componente de Conteúdo e Estrutura foi corrigido o texto da condição de preenchimento dos campos Grau de participação do profissional, Código do contratado executante na operadora, Nome do profissional executante, Conselho profissional do executante, UF do conselho do profissional executante, Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante. O texto da condição de preenchimento foi alterado de “Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver cobrança de honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados” para “Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.”
- 7.30. No Componente de Conteúdo e Estrutura foi corrigida a condição de preenchimento do campo Código da ANVISA dos Materiais e OPME que passa a ser condicionada a não existência de código do material utilizado na TUSS.
- 7.31. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de recebimento de lote de guias de cobrança, foi corrigida a grafia da palavra “Condicionado”, na condição de preenchimento do campo Código de Glosa da Guia.

- 7.32. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de Recebimento de Lote de Guias de Cobrança, foi corrigida a condição de preenchimento do campo “Tabela de referência do procedimento ou item” para Obrigatório.
- 7.33. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da Guia de Resumo de Internação, foi alterado o texto da Condição de Preenchimento do campo “Data do Início do Faturamento” de “Obrigatório” para “Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a data do início do faturamento da guia que está sendo complementada.”.
- 7.34. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da Guia de Resumo de Internação, foi alterado o texto da Condição de Preenchimento do campo “Hora do Início do Faturamento” de “Obrigatório” para “Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora do início do faturamento da guia que está sendo complementada.”.
- 7.35. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da Guia de Resumo de Internação, foi alterado o texto da Condição de Preenchimento do campo “Data do Fim do Faturamento” de “Obrigatório” para “Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com data final do faturamento da guia que está sendo complementada.”.
- 7.36. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da Guia de Resumo de Internação, foi alterado o texto da Condição de Preenchimento do campo “Hora do Fim do Faturamento” de “Obrigatório” para “Obrigatório. Quando o tipo de faturamento for igual a 3-Complementar, preencher o campo com a hora final do faturamento da guia que está sendo complementada.”.
- 7.37. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de envio de dados das operadoras para ANS, foi alterado o texto da condição de preenchimento do campo “Data de realização ou data inicial do período de atendimento”, de “Obrigatório” para “Obrigatório. Quando o tipo de evento for igual a 3- Internação e o tipo de faturamento for igual a 3- Total

ou 1-Parcial (Primeira cobrança), a data da internação é a data do início do faturamento da guia da resumo de internação.”

7.38. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de envio de dados das operadoras para ANS, foi alterado o texto da condição de preenchimento do campo “Data de início do faturamento”, de “Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças parciais.” para “Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças parciais. Quando o tipo de evento for igual a 3- Internação e o tipo de faturamento for igual a 3- Total ou 1-Parcial (Primeira cobrança), esta data é a data da internação.

7.39. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de envio de dados das operadoras para ANS, foi alterado o texto da condição de preenchimento do campo “Data final do período de atendimento ou data do fim do faturamento”, de “Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de internação ou cobranças parciais.” para “Condicionado. Deve ser preenchido para as cobranças de internação ou cobranças parciais Quando o tipo de evento for igual a 3- Internação e o tipo de faturamento for igual a 3- Total ou 1-Parcial (Última Cobrança), esta data é a data da saída da internação.”

7.40. No componente de Representação de Conceitos em Saúde foram alterados 15 termos da terminologia de mensagens (TUSS 38), detalhados no arquivo “Padrão TISS – histórico da terminologia – 201305.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

7.41. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, foi alterada a terminologia de procedimentos e eventos em saúde (TUSS 22) para a republicação do código 40314251, descrição “Citogenética de medula óssea”, publicado na IN nº 44 de 09/09/2010, em substituição ao código 40501248, indevidamente publicado na TUSS de outubro de 2010, para o mesmo procedimento “Citogenética de medula óssea”. O histórico da terminologia está detalhado no arquivo “Padrão TISS – histórico da TUSS – 201304.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

7.42. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de procedimentos e eventos em saúde (TUSS 22), os procedimentos médicos que apresentavam data fim de implantação igual a

13/02/2009 e 09/09/2010 tiveram a data fim de implantação corrigida para 15/10/2010, em conformidade ao publicado na Instrução Normativa IN nº 44, de 09 de setembro de 2010.

7.43. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de procedimentos e eventos em saúde (TUSS 22), os procedimentos odontológicos que apresentavam data fim de implantação igual a 09/06/2010 tiveram a data fim de implantação corrigida para 06/03/2011, em conformidade ao publicado na Instrução Normativa IN nº 42, de 09 de junho de 2010.

7.44. No componente Organizacional foi corrigido o título da Tabela de Categoria para Tabela de Tipo de Solicitação.

7.45. No Componente Organizacional, no item Alteração do Padrão TISS, foi alterado o texto “Caso a demanda tenha preenchido todos os requisitos e seja avaliada como pertinente, o caso é encaminhado ao grupo de trabalho (GT) do COPISS e ao COPISS” para “Caso tenham sido preenchidos todos os requisitos e avaliada como pertinente, a demanda é encaminhada ao COPISS;

7.46. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre guias”, foi alterado o texto do uso da guia de tratamento odontológico para “Utilizada para a cobrança, solicitação de autorização de tratamento odontológico e pode ser utilizada para comprovação de presença do beneficiário.

7.47. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre guias”, foi alterado o texto do uso da guia de SP/SADT de “Utilizada para a cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado” para “Utilizada para a cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado ou em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.

7.48. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, foi alterado o texto da vinculação da guia de SP/SADT de “A cobrança das despesas ocorridas durante a consulta deverá ser feita pela guia de outras despesas. Neste caso, na guia de outras despesas, deve-se informar o número da guia de SP/SADT no campo “2-Número da Guia Referenciada”

para “A cobrança das despesas ocorridas durante o procedimento deverá ser feita pelo **anexo** de outras despesas. Neste caso, no **anexo** de outras despesas, deve-se informar o número da guia de SP/SADT no campo “2-Número da Guia Referenciada”.

7.49. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, foi alterado o texto da vinculação da guia de SP/SADT de “As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases medicinais e taxas diversas, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT, deverão ser detalhadas na guia de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterà o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança” para “As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases medicinais, taxas diversas e **OPME**, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT, deverão ser detalhadas no anexo de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterà o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.

7.50. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, foi alterado o texto do uso da guia de solicitação de internação de “Utilizada para solicitação de autorização de internação em regime hospitalar” para “Utilizada para solicitação de autorização de internação em regime hospitalar e hospital-dia.”.

7.51. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, foi corrigido o texto da vinculação da guia de solicitação de internação de “É a guia que ser referenciada pela guia de Resumo de Internação.” Para “É a guia que deve ser referenciada pela guia de Resumo de Internação.”.

7.52. No Componente Organizacional, no tema “Vinculação entre as guias”, foi alterado o texto da vinculação da guia de resumo de internação de “As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas na guia de Anexo de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterà o número da guia de Resumo de Internação.” Para “As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas no Anexo de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterà o número da guia de Resumo de Internação”.

- 7.53. No Componente Organizacional, no tema “Plano de Contingência”, foi incluída a guia de resumo de internação na lista das guias padronizadas da mensagem Lote de Guias.
- 7.54. No componente Organizacional, no tema “Trocas de informações estabelecidas no Padrão TISS”, alterado o texto da troca entre prestador solicitante e beneficiário de “O prestador solicitante deve entregar ao beneficiário, em guia TISS em papel, a solicitação de exames, terapias ou internação mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da mesma para a operadora” para “O prestador solicitante deve entregar ao beneficiário, em papel, a solicitação de exames, terapias ou internação mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da mesma para a operadora”.
- 7.55. No Componente Organizacional foi alterado o modelo do documento de solicitação de alteração do padrão TISS.
- 7.56. No Componente de Comunicação foi igualada a estrutura de recurso de glosa nos esquemas tiss_V3_00_01 e tissWebServicesV3_00_01. (nas duas estruturas está sendo utilizado o mesmo tipo complexo ct_guiaRecursoLote).

Exclusões

- 7.57. No Componente de Conteúdo e Estrutura foi excluído o título “Hipóteses Diagnósticas” no layout da guia de consulta.
- 7.58. No Componente de Conteúdo e Estrutura foi excluído o título “Hipóteses Diagnósticas” no layout da guia de solicitação de internação.
- 7.59. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na legenda da mensagem de resposta à verificação de elegibilidade, foram excluídas as duplicidades dos campos “Código do motivo de negativa” e “Descrição do motivo de negativa”.
- 7.60. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde, na terminologia de mensagens (TUSS 38), foi inativado o termo “5099- Erro não identificado”, detalhado no arquivo “Padrão TISS – histórico da

terminologia – 201305.xls”, disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

VII. Destaques em relação à versão 2.02.03

1. Os destaques das alterações do Padrão TISS em relação à versão 02.02.03 são:

Inclusões

- Componente Organizacional;
- Definição de requisitos de segurança;
- Definições dos prazos mínimos e máximos para implantação das alterações no padrão;
- Definição dos agentes de troca de dados abrangidos pelo padrão;
- Mensagem de envio de recurso de glosas;
- Mensagem de resposta de recurso de glosas;
- Mensagem de recebimento do recurso de glosas;
- Assinatura eletrônica: possibilidade de assinar digitalmente as mensagens de cobrança de serviços;
- Mensagem de envio de dados à ANS;
- Mensagem de envio de dados ao beneficiário;
- Terminologia de diárias, taxas e gases medicinais;
- Terminologia de materiais e órteses, próteses e materiais especiais (OPME);
- Terminologia de medicamentos;
- Mensagem de solicitação de autorização para tratamento quimioterápico detalhada;
- Mensagem de solicitação de autorização para tratamento radioterápico detalhada;
- Mensagem de solicitação de OPME detalhada;

Alterações

- O componente de Conteúdo e Estrutura passa a estabelecer todas as trocas definidas no padrão;

- As alterações do padrão serão realizadas através de disponibilização dos componentes no site da ANS;
- Mensagem de solicitação de status de protocolo: possibilidade de informar um protocolo por mensagem
- Mensagem de envio de demonstrativos ao prestador: possibilidade de informar que o lote ainda está em análise
- Condição de preenchimento dos campos: as condições de preenchimento passam a ser *obrigatório, condicionado e opcional*

Exclusões

- Reapresentação de cobrança de serviços
- Domínio dos campos nas guias utilizadas na contingência à transmissão eletrônica
- Identificação do software gerador do arquivo XML
- Identificação da operadora pelo CNPJ
- Endereço do prestador de serviços
- Nome do plano do beneficiário (exceto em odontologia)
- Data da validade da carteira do beneficiário (exceto em odontologia)
- Indicador do tipo de doença
- Número de fatura nos demonstrativos de pagamento e de análise de contas
- Dados bancários no demonstrativo de pagamentos da medicina
- Campo CID na consulta
- Campo CID na guia de SP/SADT
- Mensagens de retorno de livre criação pelas operadoras

Quadro resumo das alterações nas mensagens

Mensagem	Versão 2.02.03	Versão 3.00.00
Reapresentação de cobrança de serviços	Lote de guias	Retirada
Lote de anexos às guias	Lote de anexos somente com anexo de situação inicial de odontologia	Lote de anexos com: -anexo de situação inicial de odontologia -solicitação de quimioterapia -solicitação de radioterapia -solicitação de OPME
Solicitação de status de protocolo	Possibilidade de solicitar vários protocolos por mensagem	Solicitação de um protocolo por mensagem
Envio de recurso de glosas	Inexistente	Incluído
Solicitação do status do recurso de glosa	Inexistente	Incluído
Envio de demonstrativos para o prestador	-demonstrativo de Análise de conta -demonstrativo de Pagamento -demonstrativo de pagamento de odontologia	Além dos demonstrativos existentes na versão 2.02.03, foi acrescentada uma mensagem para informar que o lote ainda está em análise pela operadora
Resposta de recurso de glosas	Inexistente	Incluído
Recibo de recebimento de recurso de glosas	Inexistente	Incluído
Assinatura eletrônica	Inexistente	Foi incluído, de forma opcional, em todas as mensagens de cobrança de serviços, a assinatura eletrônica do prestador de serviços nas guias e a assinatura eletrônica da pessoa jurídica que está enviando o lote

VIII. Metodologia

A metodologia para a construção desta versão do Padrão TISS foi definida e executada em conjunto com o Comitê de Padronização de Informações da Saúde Suplementar (COPISS) e seus grupos de trabalho (GT).

As solicitações de alteração acatadas pela ANS implicam em nova versão do Padrão TISS denominada, no componente de comunicação, por 03.01.00 e que substitui a versão 3.00.01, nos componentes organizacional, de conteúdo e estrutura, de representação de conceitos em saúde pela competência novembro de 2013.

A disponibilização da nova versão implica em alteração do prazo de implantação. Fica fixada a data limite para adoção do Padrão TISS em 30 de maio de 2014.

IX. Entidades de referência

2. As entidades de referência são aquelas destinadas a validar proposições de alterações do Padrão TISS e dirimir dúvidas técnicas de questões do padrão TISS.
3. A Associação Médica Brasileira (AMB) é a entidade de referência para os termos de medicina;
4. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) é a entidade de referência para os termos de odontologia;
5. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a entidade de referência para os termos de medicamentos, materiais, próteses e órteses;
6. A Confederação Nacional de Saúde (CNS) é a entidade de referência para os termos de diárias, taxas e gases medicinais;

7. A Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) é a entidade de referência para os requisitos de segurança e privacidade das informações.

X. Padrão TISS

Finalidade

8. O Padrão TISS compreende as trocas dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde, com a finalidade de: (RN 305)
- padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
 - subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e
 - compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Diretriz

9. O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e ainda a redução da assimetria de informações para o beneficiário de plano privado de assistência à saúde. (RN 305)
10. A diretriz de interoperabilidade do Padrão TISS com os sistemas de informação em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar se aplica com os seguintes sistemas:
- Sistema de Registro de Plano de Saúde (RPS)
 - Sistema de informações de beneficiários (SIB)
 - Sistema de Informações de Produto (SIP)
 - Sistema de Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS)

11. A diretriz de interoperabilidade do Padrão TISS com os sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde se aplica com os seguintes sistemas:

- Sistema de Comunicação de informações hospitalares e ambulatoriais do SUS (CIHA)
- Sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
- Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH)
- Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA)
- Sistema de Mortalidade (SIM)
- Sistema de Nascidos Vivos (SINASC)

Escopo

12. O Padrão TISS abrange a troca de informações de atenção à saúde entre os seguintes agentes da Saúde Suplementar: (RN 305)

- Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde;
- Prestador de Serviços de Saúde;
- Contratante de Plano Privado de Assistência à Saúde familiar/individual, coletivo por adesão e coletivo empresarial;
- Beneficiário de Plano Privado de Assistência à Saúde ou seu responsável legal ou ainda terceiros formalmente autorizados por ele;
- Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13. O Padrão TISS refere-se às trocas de dados decorrentes de ações de atenção à saúde em beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

14. O Padrão TISS abrange as trocas dos dados de atenção à saúde prestada ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, gerados na rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de planos privados de assistência à saúde. Entende-se como rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de plano privados de assistência à saúde: (RN 305)

- I. Rede de serviços de saúde contratada, referenciada ou credenciada, de forma direta ou indireta; e

- II. Rede própria da operadora; de entidade ou empresa controlada pela operadora; de entidade ou empresa controladora da operadora e profissional assalariado ou cooperado da operadora.

O Padrão TISS também abrange a troca dos dados de atenção à saúde, gerados na modalidade reembolso das despesas assistenciais ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, no envio de informação das operadoras de planos privados de assistência à saúde para a ANS. (RN 305)

15. O Padrão TISS não abrange o envio de informação do beneficiário de plano privado de assistência à saúde para a operadora privada de assistência à saúde com a finalidade de solicitação de reembolso das despesas assistenciais. (RN 305)
16. O Padrão TISS não abrange os dados referentes aos eventos de atenção à saúde oriundos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. (RN 305)
17. É vedado às operadoras de plano privado de assistência à saúde alterar o Padrão TISS. (RN 305)
18. É vedado às operadoras de plano privado de assistência à saúde solicitar dos demais agentes da saúde suplementar o envio em papel do equivalente ao conteúdo trocado via eletrônica no Padrão TISS, com certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada junto à ICP-Brasil. (RN 305)
19. O certificado digital ICP-Brasil a que se refere o item anterior se destina a realização de assinatura digital das mensagens eletrônicas, a fim de garantir a integridade, identificar a autoria e origem das mesmas.

Diagrama dos Componentes do Padrão TISS

O padrão TISS é composto por cinco componentes representados no diagrama abaixo, com as seguintes estruturas de organização.



XI. Componente de Conteúdo e Estrutura

Definição

20. O componente de conteúdo e estrutura estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e nos formulários, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde. (RN 305)

Formato de apresentação

21. A apresentação da arquitetura dos dados é feita pela lista de mensagens, pelo layout dos formulários e suas respectivas legendas.

22. As legendas contêm os itens abaixo descritos:

- O **nome do termo** é a chave única de identificação do mesmo no padrão TISS;
- O **número do campo na guia** identifica a posição do termo na guia em papel;
- O **nome do campo na guia** identifica como está impresso a identificação do termo na guia em papel;
- O **tipo de dado** informa se o termo é representado por um campo do tipo data, hora com sete dígitos para milissegundos, *string* ou numérico;
- O **tamanho** informa a quantidade máxima de dígitos/caracteres para a representação do dado;
- O **formato** informa a representação do dado, em determinados tipos de dados. Exemplo: DDMMAAAA para datas ou HH:MM para hora;
- A **descrição do termo** na legenda é um texto com o significado do termo;
- A **condição de preenchimento** identifica quando deve ser informado o conteúdo do termo.

23. As condições de preenchimento da legenda são:

- Obrigatório: a situação na qual o termo deve ser preenchido, incondicionalmente;
- Condicional: a situação de obrigatoriedade de preenchimento do termo está vinculada à ocorrência de uma determinada condição;

- Opcional: a situação em que o agente gerador da informação define se irá, ou não, informar o conteúdo do dado.

Identificação do arquivo que dispõe o componente

24. O nome do arquivo que dispõe a arquitetura dos dados do Padrão TISS é *PadrãoTISS_ConteudoeEstruturaAAAAMM.ZIP*, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br.

Processos padronizados no Padrão TISS

25. Fica vedada a exigência por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, em quaisquer circunstâncias, o preenchimento do Código Internacional de Doenças – CID nas guias de Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS, em decorrência de decisão judicial. (IN DIDES 40 de 27/04/2010)

26. Os processos padronizados no Padrão TISS são:

1. Verificação de elegibilidade
2. Autorização de procedimentos
3. Cobrança de serviços
4. Comunicação de internação ou alta de beneficiário
5. Recurso de glosa
6. Demonstrativos de retorno
7. Informações para a ANS
8. Informações para o beneficiário
9. Comprovante Presencial

Trocas de informações estabelecidas no padrão TISS

Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde

27. Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde são padronizados os seguintes processos:

- Verificação de Elegibilidade;
- Autorização de procedimentos;

- Comunicação de internação ou alta do beneficiário;
- Cobrança de serviços de saúde;
- Demonstrativos de retorno;
- Recurso de glosa;
- Comprovante presencial;

28. Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, os processos padronizados para troca eletrônica de implantação obrigatória são:

- Cobrança de serviços de saúde;
- Autorização de serviços (somente a mensagem de lote de anexos);
- Demonstrativos de retorno;
- Recurso de glosas;

29. Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, os processos padronizados para troca eletrônica de implantação opcional são:

- Verificação de elegibilidade;
- Autorização de procedimentos (exceto a mensagem de lote de anexos);
- Comunicação de internação ou alta do beneficiário;

30. Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, os processos padronizados para troca em papel conforme o contrato entre as partes são:

- Comprovante presencial;
- Cobrança de serviços de saúde (Guia de Tratamento Odontológico–comprovante de atendimento)

31. Nos processos de implantação opcional não há imposição de um agente de troca sobre o outro.

32. Os processos de implantação opcional, quando adotados pela operadora em formato eletrônico, deverão ser os estabelecidos no Padrão TISS.

Entre operadoras e beneficiários

33. Entre operadoras e beneficiários os processos de troca de informações padronizados são:

- Envio de dados das operadoras para os beneficiários;
 - Informações acerca da negativa de autorização;
34. As operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar sem qualquer ônus, as informações de dados de atenção à saúde do Padrão TISS, solicitadas pelo beneficiário, por seu responsável legal ou ainda por terceiros formalmente autorizados por eles. (RN 305)

Entre operadoras e ANS

35. Entre operadoras e a ANS é padronizado o processo de troca de informações de dados de atenção à saúde dos beneficiários da Saúde Suplementar denominado **Informações para a ANS**;
36. Os dados do Padrão TISS serão enviados à ANS em conformidade ao estabelecido nos componentes do Padrão TISS. (RN 305)
37. O envio dos dados do padrão TISS à ANS não exime as operadoras de planos privados de assistência à saúde da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS, vier a requisitar. (RN 305)
38. O detalhamento do envio de dados para a ANS encontra-se no tópico *Regras para o envio de dados à ANS*.

Do prestador solicitante para o beneficiário

39. O prestador solicitante deve entregar ao beneficiário, em papel, a solicitação de exames, terapias ou internação mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da mesma para a operadora.

Lista de mensagens por processo padronizado

40. **Processo de verificação de elegibilidade do beneficiário.**
1. Elegibilidade: é a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando a situação de determinado beneficiário junto à operadora quanto aos seus direitos contratuais;

2. Resposta da elegibilidade: é a mensagem de resposta da operadora para o prestador, informando a situação do beneficiário quanto aos seus direitos contratuais. Caso a resposta seja negativa para o processo de elegibilidade, a operadora identificará o motivo da negativa.

41. Processo de autorização de procedimentos.

1. Solicitação de autorização: é a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando autorização para realização de algum serviço de saúde;
2. Autorização de serviços: é a mensagem de resposta da operadora para o prestador a um pedido de autorização para execução de serviço de saúde;
3. Solicitação de status de autorização: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando uma resposta a uma solicitação de autorização enviada anteriormente;
4. Lote de anexos: é a mensagem do prestador para a operadora para o envio de solicitação de autorização de procedimentos de quimioterapia, radioterapia e OPME. E ainda, o envio do anexo de situação inicial de odontologia se houver necessidade do envio deste anexo e em separado da guia principal de cobrança de odontologia;
5. Situação da autorização é a mensagem da operadora para o prestador informando se a autorização do serviço de saúde foi ou não concedida ou ainda, em análise pela operadora;
6. Recebimento anexos: é a mensagem da operadora para o prestador fornecendo um protocolo de recebimento da mensagem de lote de anexos.
7. Cancelamento de guia: é a mensagem do prestador para a operadora que solicita o cancelamento de uma guia enviada anteriormente;
8. Recibo do cancelamento de guia: é a mensagem da operadora para o prestador com a confirmação, ou não, do cancelamento de uma guia.

42. Processo de cobrança de serviços de saúde

1. Cobrança de guias: é a mensagem do prestador para a operadora de um lote de cobrança dos serviços de saúde realizados;

2. Recebimento de lote de cobrança: é a mensagem da operadora para o prestador com um protocolo de recebimento do lote de cobrança dos serviços de saúde enviado pelo prestador;
3. Solicitação de status de protocolo: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando a situação do protocolo de um lote enviado anteriormente;
4. Situação do protocolo: é a mensagem da operadora para o prestador com a situação de um protocolo com todas as guias contidas neste;
5. Cancelamento de guia: é a mensagem do prestador para a operadora que solicita o cancelamento de uma guia enviada anteriormente;
6. Recibo do cancelamento de guia: é a mensagem da operadora para o prestador com a confirmação, ou não, do cancelamento de uma guia.

43. Processo de comunicação de internação ou alta de beneficiário

1. Comunicação de internação/alta: é a mensagem do prestador para a operadora com a informação a data de internação ou alta de um beneficiário;
2. Recibo de comunicação: é a mensagem da operadora para o prestador de recebimento da comunicação de internação ou alta de um beneficiário.

44. Processo de emissão de demonstrativos de retorno

1. Solicitação de demonstrativo de retorno: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando o demonstrativo de pagamento ou o demonstrativo de análise de conta de um lote de cobrança enviado informando o número do protocolo, gerado pela operadora, de recebimento do lote de cobrança de guias;
2. Demonstrativos de retorno: é a mensagem da operadora para o prestador enviando o demonstrativo solicitado ou a informação que o demonstrativo ainda não está disponível.

45. Processo de recurso de glosa

1. Recurso de glosa: é a mensagem do prestador para a operadora questionando a aplicação de uma glosa em sua cobrança;

2. Recebimento do recurso de glosa: é a mensagem da operadora para o prestador com um protocolo de recebimento do recurso de glosa enviado pelo prestador;
3. Solicitação de status de recurso de glosa: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando resposta a um recurso de glosa enviado anteriormente;
4. Resposta ao recurso de glosa: é a mensagem da operadora para o prestador acatando, ou não, o recurso de glosa ou, caso em análise, enviando um novo protocolo do recebimento do recurso.

46. Processo de envio de dados para a ANS

1. Envio de dados à ANS: é a mensagem da operadora para a ANS com envio de informações dos dados de atenção à saúde, realizados nos beneficiários de planos de saúde, recebidos pelas operadoras;

47. Processo de envio de informações para o beneficiário

1. Envio de dados ao beneficiário: é a definição de que informações devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários.
2. Informações acerca da negativa de autorização: é a definição do conjunto mínimo de informações que devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 319, de 05 de março de 2013.

48. A comprovação de recebimento das mensagens abaixo é realizada pelo número de protocolo gerado pela operadora, seguido da relação dos números de guias enviadas pelo prestador e do respectivo número de guia gerado pela operadora quando for o caso.

- Mensagem de lote guias
- Mensagem de lote anexos
- Mensagem de recurso de glosas

49. No Demonstrativo de Análise de Contas devem ser apresentadas todas as guias que compõem o lote enviado pelo prestador. No caso das guias já analisadas pela operadora, devem ser listados apenas os procedimentos e itens

assistenciais para os quais houver glosa. No caso das guias que não tiveram a análise concluída, deve ser informada a situação da mesma.

Vinculação entre as guias

50. Abaixo estão listadas as guias de cobrança de serviços, solicitação de autorização e de comprovante presencial utilizadas no Padrão TISS e suas possibilidades de vinculação com outras guias de cobrança e de solicitação de autorização do padrão. O vínculo entre as guias será realizado pelo número da guia atribuído pelo prestador de serviços.

Guia de Consulta

- **Uso:**
 - Utilizada na cobrança de consultas.
- **Vinculação:**
 - Não tem vinculação com outras guias.

Guia de SP/SADT

- **Uso:**
 - Utilizada para solicitação de autorização e cobrança de consultas com procedimento e/ou despesas.
 - Utilizada para a cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado ou em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.
 - Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesiastas, auxiliares etc) decorrentes dos procedimentos discriminados na guia de SP/SADT, deve ser usado o quadro que identifica os profissionais informando o Grau de Participação de cada profissional no atendimento.
- **Vinculação:**
 - O campo "3-Número da Guia Principal" só deve ser utilizado para se referenciar a uma guia de Solicitação de Internação ou à outra guia de SP/SADT.
 - A cobrança das despesas ocorridas durante o procedimento deverá ser feita pelo anexo de outras despesas. Neste caso, no anexo de outras despesas, deve-se informar o número da guia de SP/SADT no campo "2-Número da Guia Referenciada".
 - As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases medicinais, taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT, deverão ser detalhadas no anexo de Outras Despesas, cujo campo "2-Número da Guia Referenciada" conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a cobrança.

- As solicitações de OPME, Quimioterapia e Radioterapia, decorrentes dos atendimentos informados na guia de SP/SADT deverão ser feitos através de seus respectivos anexos, cujo campo “3-Número da Guia Referenciada” conterá o número da guia de SP/SADT onde foi feita a solicitação.

Solicitação de Internação

- **Uso:**
 - Utilizada para solicitação de autorização de internação em regime hospitalar e hospital-dia.
- **Vinculação:**
 - É a guia que deve ser referenciada pela guia de Resumo de Internação.
 - É a guia que pode ser referenciada pela guia de honorários, anexo de solicitação de OPME, anexo de solicitação de quimioterapia e anexo de solicitação de radioterapia.

Resumo de Internação

- **Uso:**
 - Utilizada para a cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.
 - A cobrança de honorários dos procedimentos e exames deverá ser realizada por meio da guia de Resumo de Internação quando efetuados diretamente pelo hospital.
- **Vinculação:**
 - O campo “3-Número da Guia de Solicitação de Internação” conterá o número da guia de Solicitação de Internação que originou a cobrança.
 - As despesas com materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas e OPME, decorrentes dos atendimentos deverão ser detalhadas no Anexo de Outras Despesas, cujo campo “2-Número da Guia Referenciada” conterá o número da guia de Resumo de Internação.
 - Caso seja necessário cobrar em separado os honorários de médicos ou de outros profissionais, deve ser usada uma guia de honorários. Para vinculá-la à guia que a originou será necessário que campo “2-Número da Guia Referenciada” contenha o número da guia de Solicitação de Internação.

Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

#

- **Uso:**

- Deve ser utilizada para solicitação de prorrogação de internação e de novos procedimentos.
- **Vinculação:**
 - No campo “3-Número da Guia de Solicitação de Internação” deve ser informado o número da guia inicial de solicitação da internação mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança utilizando a guia de Resumo de Internação.

Guia de Honorários

- **Uso:**
 - Utilizada para a cobrança de honorários diretamente pelo profissional.
- **Vinculação:**
 - A guia de honorários só pode ser vinculada à guia de Solicitação de Internação.

Guia de Tratamento Odontológico

- **Uso:**
 - Utilizada para a cobrança, solicitação de autorização de tratamento odontológico e pode ser utilizada para comprovação de presença do beneficiário.
- **Vinculação:**
 - No campo “3-Número da Guia Principal” deve ser informado o número de outra guia de tratamento odontológico quando a cobrança ou solicitação de autorização for continuidade de uma guia já enviada para cobrança.

Anexo de Outras Despesas

- **Uso:**
 - Utilizada para a cobrança de despesas com gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, taxas, aluguéis e diárias, decorrentes dos atendimentos realizados na guia de SP/SADT e na guia de Resumo de Internação.
- **Vinculação:**
 - No campo “2-Número da Guia Referenciada” deve ser informado o número da guia de SP/SADT ou de Resumo de Internação vinculada a esta guia.
 - Este anexo não tem número próprio de guia, ou seja, sempre está vinculada a uma guia referenciada.

Anexo de Solicitação de OPME

- **Uso:**

- Utilizada na solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.
- **Vinculação:**
 - No campo *"3-Número da Guia Referenciada"* deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

- **Uso:**
 - Utilizada na solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico.
- **Vinculação:**
 - No campo *"3-Número da Guia Referenciada"* deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Anexo de Solicitação de Radioterapia

- **Uso:**
 - Utilizada na solicitação de autorização para utilização de tratamento de radioterapia.
- **Vinculação:**
 - No campo *"3-Número da Guia Referenciada"* deve ser informado o número da guia de solicitação da internação ou da guia de SP/SADT a qual o anexo está vinculado.

Anexo de Guia de Tratamento Odontológico – Situação Inicial

- **Uso:**
 - Utilizada para informar a situação inicial do paciente antes da realização do tratamento odontológico.
- **Vinculação:**
 - No campo *"3-Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico"* deve ser informado o número da guia de tratamento odontológico a qual o anexo está vinculado.

Guia de Comprovante Presencial

- **Uso:**
 - Utilizada para comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.
- **Vinculação:**
 - No campo *"14 – Número da guia principal"* deve ser informado o número da guia principal onde será cobrado o atendimento ao beneficiário.

Utilização de código de barras

51. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração, para representar o número da guia no prestador.
52. O código de barras descrito no item acima, deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade conforme definição abaixo.
- **Code 39:** é um código unidimensional simples de ser gerado, aceita letras e números e dispensa o uso de dígito verificador (que é usado nos outros padrões para garantir que a leitura foi feita corretamente). O código 3 de 9, além de letras e números, também imprime espaço, \$ (cifrão), % (porcentagem), + (mais), | ("pipe"), . (ponto), - (hífen) e / (barra).
 - **Alta densidade:** todos os códigos de barras são baseados na mesma dimensão "X". A dimensão "X" é a proximidade das barras ou espaço num código. Designado por "mils" (milésimos de uma polegada) os padrões dos símbolos especificam normalmente um valor mínimo para o valor "X" para garantir a compatibilidade entre os equipamentos de leitura e impressão utilizados em sistemas abertos. A dimensão "X" define a densidade de um código de barras, esta se refere à quantidade de informação que pode ser lida no código num determinado espaço, normalmente uma polegada linear. Um código de barras de alta densidade tem números baixos (5 mils), e os de baixa densidade números altos (55 mils). Isto se deve ao fato da representação de cada caractere consistir numa combinação de barras e espaços que são múltiplos do valor "X". Quando o valor "X" é baixo, a área necessária para representar cada caractere é menor quando o valor de "X" é maior; desta forma são suportados mais códigos por polegada e diz-se serem de alta densidade. De uma forma semelhante, aumentando a largura de cada elemento ("X") aumenta o espaço necessário para representar cada caractere e reduz-se o número de caracteres por polegada.

XII. Componente de Representação de Conceitos em Saúde

Definição

53. O componente de representação de conceitos em saúde estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais da saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS. (RN 305)
54. No uso dos termos, as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde devem obrigatoriamente atender as normas de aplicabilidade vigentes e definidas pelos órgãos que regulamentam o exercício profissional, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e demais órgãos do Ministério da Saúde. (RN 305)
55. Compete à ANS estabelecer a TUSS e suas posteriores atualizações. (RN 305)

Formato de apresentação

56. Todas as terminologias do Padrão TISS são disponibilizadas em tabelas contendo:
- código do termo: codificação numérica atribuída pela ANS;
 - termo: texto de identificação do termo;
 - descrição do termo: é um texto com a descrição detalhada do termo;
 - data de início de vigência: informa a data a partir da qual iniciou a validade do termo no padrão TISS;
 - data de fim de vigência: informa a última data de validade do termo;
 - data limite para implantação do termo: informa a data a partir da qual todos os agentes de troca de informações deverão utilizar o termo.

Identificação do arquivo que dispõe o componente

57. O nome do arquivo que dispõe as tabelas TUSS é *PadrãoTISS_RepresentaçãodeConceitosAAAAMM.ZIP*, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de representação e conceitos em saúde. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br.

Controle de alteração das terminologias

58. As alterações nas terminologias unificadas da saúde suplementar (TUSS) estão dispostas na planilha eletrônica "*Padrão TISS _histórico TUSS_AAAAMM.ZIP*", onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br e possui a seguinte estrutura:

- a. Código da terminologia
- b. Nome da terminologia
- c. Código do termo
- d. Termo
- e. Data de início de vigência
- f. Data de fim de vigência
- g. Data de fim de implantação
- h. Tipo de ação

59. Inclusão de termos.

Quando é incluído um termo em uma das tabelas de terminologia, os campos data início de vigência, data fim de vigência e data fim de implantação são preenchidos conforme abaixo:

- Data de início de vigência - primeiro dia do mês subsequente à disponibilização da versão do componente de representação de conceitos em saúde;
- Data de fim de vigência - não preenchida;
- Data de fim de implantação - preenchida conforme o estabelecido - mínimo de 3 meses da data de início de vigência.

Na tabela de histórico das terminologias, é incluído um registro do termo com a coluna Tipo de Ação = Incluído.

60. Alteração de termos.

Quando é alterado um termo em uma das tabelas de terminologia, os campos data início de vigência, data fim de vigência e data fim de implantação são preenchidos conforme abaixo:

- Data de início de vigência - primeiro dia do mês subsequente à disponibilização da versão do componente de representação de conceitos em saúde;
- Data de fim de vigência - não preenchida;
- Data de fim de implantação – mantém a data original da implantação do código.

Na tabela de histórico das terminologias são incluídos dois registros, sendo o primeiro com a Data de fim de vigência igual ao dia anterior ao início da vigência do registro com a alteração e o Tipo de Ação igual a “Inativado por alteração”.

E o segundo registro identificando a alteração realizada com Tipo de Ação igual a “Alterado”.

61. Inativação de termos

Quando é inativado um termo em uma das tabelas de terminologia, os campos data início de vigência, data fim de vigência e data fim de implantação são preenchidos conforme abaixo:

- Data de início de vigência – mantida a data já existente;
- Data de fim de vigência –
 - 1- Para os termos vinculados à ANVISA, será a data de inativação do registro na ANVISA;
 - 2- Para os termos não vinculados e que façam parte do componente de comunicação, a data de fim de vigência será a data de início do componente de comunicação;
 - 3- Para os termos não vinculados à ANVISA e que não façam parte do componente de comunicação, a data de fim de vigência será de, no mínimo, 3 meses após a disponibilização da versão do componente de representação de conceitos em saúde

- Data de fim de implantação – não preenchida - a data de implantação original estará disponível apenas no histórico das terminologias.

Na tabela de histórico das terminologias é incluído um registro com Tipo de Ação igual a “Inativado”.

Lista de terminologias

62. O componente de representação de conceitos de saúde é composto pelas tabelas abaixo listadas com seus respectivos códigos de identificação no padrão TISS.

Código da tabela	Nome da Tabela
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e órteses, próteses e materiais especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
23	Caráter do atendimento
24	Código brasileiro de ocupação (CBO)
25	Código da despesa
26	Conselho profissional
27	Débitos e créditos
28	Dentes
29	Diagnóstico por imagem
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
31	Estadiamento do tumor
32	Faces do dente
33	Finalidade do tratamento
34	Forma de pagamento
35	Grau de participação
36	Indicador de acidente
37	Indicador de débito ou crédito
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)
39	Motivo de encerramento
40	Origem do evento de atenção à saúde

41	Regime de internação
42	Regiões da boca
43	Sexo
44	Situação inicial do dente
45	Status da solicitação
46	Status do cancelamento
47	Status do protocolo
48	Técnica utilizada
49	Tipo de acomodação
50	Tipo de atendimento
51	Tipo de atendimento em odontologia
52	Tipo de consulta
53	Tipo de demonstrativo
54	Tipo de evento de atenção à saúde
55	Tipo de faturamento
56	Tipo de guia
57	Tipo de internação
58	Tipo de quimioterapia
59	Unidade da federação
60	Unidade de medida
61	Via de acesso
62	Via de administração
63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
87	Tabelas de domínio
00	Tabela própria das operadoras
90	Tabela própria das operadoras para pacotes de odontologia
98	Tabela própria das operadoras para pacotes de medicina

Tabela própria da operadora

63. À operadora de planos privados de assistência à saúde é facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante nas terminologias de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais e órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais. (RN 305)

64. A operadora de planos privados de assistência à saúde, imediatamente após estabelecer o código de um termo em tabela própria, deverá solicitar à ANS a inclusão do mesmo na TUSS. (RN 305)
65. À operadora de planos privados de assistência à saúde é vedado manter vigente, em tabela própria, código para um termo constante na TUSS, findo o prazo de implantação. (RN 305)
66. A operadora não poderá utilizar um código próprio na troca de informações quando este termo estiver contido na TUSS e sua data limite para implantação já estiver vencida.
67. As tabelas próprias para registro dos termos estabelecidos pelas operadoras são:
- 00-Tabela própria das operadoras
 - 90-Tabela própria para pacotes de odontologia
 - 98-Tabela própria para pacotes de medicina
68. O código criado em tabela própria da operadora deve ser atribuído, preferencialmente, iniciando-se com os dois dígitos do código da tabela de domínio definido no padrão TISS a que se refere o termo.
- Exemplo: Caso a operadora utilize um material com código da tabela própria (00), o código atribuído pela operadora deve iniciar com 19, que é o código da TUSS de material.

XIII. Componente de Segurança e Privacidade

Definição

69. O componente de segurança e privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde. (RN 305)
70. O padrão de segurança e privacidade visa assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. (RN 305)
71. O padrão de segurança e privacidade baseia-se no sigilo profissional e segue a legislação vigente no país. (RN 305)
72. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter protegidas as informações assistenciais oriundas do Padrão TISS, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas serem divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação vigente no país. (RN 305)

Formato de apresentação

73. A apresentação do componente de segurança e privacidade é uma lista de requisitos contendo:
- Identificação do requisito;
 - Descrição do requisito; e
 - Condição de utilização do requisito.
74. As condições de utilização dos requisitos de segurança e privacidade são:
- Obrigatório;
 - Opcional; e
 - Recomendado.

Identificação do arquivo que dispõe o componente

75. O nome do arquivo que dispõe todos os requisitos de segurança é *PadrãoTISS_SegurançaAAAAMM.ZIP*, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de

início de vigência do componente de segurança e privacidade, e está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br.

XIV. Componente de Comunicação

Definição

76. O componente de comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. (RN 305)
77. O padrão de comunicação adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language. (RN 305)
78. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem dispor aos prestadores de sua rede de serviço de saúde as tecnologias de **webservices** e de portal, para a troca dos dados de atenção à saúde prestada nos seus beneficiários de planos privados de assistência à saúde. (RN 305)
79. Os prestadores de serviços de saúde têm a prerrogativa de escolher a forma de comunicação para a troca eletrônica, entre **webservices** ou portal. (RN 305)
80. O portal corporativo na Internet em sua área destinada à rede credenciada da operadora de planos privados de assistência à saúde deverá disponibilizar, de forma atualizada, orientações sobre o processo de implantação do Padrão TISS, denominado 'Portal TISS'. (RN 305)
81. No Portal TISS deverão estar disponíveis, considerando os requisitos estabelecidos no componente de segurança e privacidade do padrão, no mínimo: (RN 305)
- I - as instruções para implantação e utilização do Padrão TISS;
 - II - nome do Coordenador TISS e de seu suplente com informações para contato telefônico e por correio eletrônico;
 - III - o endereço dos **webservices** disponibilizados pela operadora de plano privado de assistência à saúde;
 - IV - os mecanismos de **upload** e **download** de arquivos;
 - V - a entrada de dados para o processo de cobrança de serviços de saúde do Padrão TISS; e

VI - o atalho para acesso ao conteúdo sobre o Padrão TISS disponibilizado pela ANS.

82. A entrada de dados disponibilizada no portal para o processo de cobrança de serviços de saúde do Padrão TISS, deve conter a mesma sequencia dos campos conforme disponibilizada nas guias que fazem parte do Plano de Contingência.
83. Todos os agentes componentes do padrão devem utilizar, na geração dos arquivos XML, o *namespace* estabelecido nos schemas XSD e descritores WSDL do componente de comunicação.
84. Qualquer solução tecnológica poderá ser utilizada desde que consiga atender na íntegra as normas de todos os componentes do padrão TISS. (RN 305)
85. Na ocorrência de interrupção do serviço de troca eletrônica de informações de atenção à saúde, os agentes de trocas de informações na Saúde Suplementar deverão utilizar o estabelecido no Plano de Contingência do Padrão TISS. (RN 305)
86. A interrupção do serviço de troca eletrônica não pode importar em descontinuidade no atendimento assistencial ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, devendo os agentes garantir a segurança e a privacidade dos dados. (RN 305)

Formato de apresentação

87. O componente de comunicação é apresentado na forma de arquivos de schemas XML e descritores WSDL que devem ser utilizados para gerar e validar os arquivos de dados para troca eletrônica de informações do padrão.
88. O conjunto de arquivos de schemas XML padronizados são os seguintes:
 - `tissSimpleTypesV3_01_01.xsd`=arquivo contendo os tipos simples utilizados no padrão;
 - `tissComplexTypesV3_01_01.xsd`=arquivo contendo os tipos compostos utilizados no padrão;
 - `tissGuiasV3_01_01.xsd`= arquivo contendo os tipos que identificam as guias utilizadas no padrão;

- tissV3_01_01.xsd= arquivo contendo a estrutura principal das mensagens do padrão;
- tissWebServicesV3_01_01.xsd= arquivo contendo a estrutura das mensagens utilizadas nos webservices;
- tissAssinaturaDigital_v1.01.xsd e xmldsig-core-schema.xsd= são arquivos utilizados na definição da assinatura digital nas mensagens de cobrança de serviços prestados do padrão;
- tissMonitoramentoV3_01_01.xsd= arquivo contendo a estrutura para o envio de informações das operadoras para a ANS;

89. Os arquivos abaixo são utilizados para definir os webservices do padrão:

- tissCancelaGuiaV3_01_01.wsdl
- tissComunicacaoBeneficiarioV3_01_01.wsdl
- tissLoteAnexoV3_01_01.wsdl
- tissLoteGuiasV3_01_01.wsdl
- tissRecursoGlosaV3_01_01.wsdl
- tissSolicitacaoDemonstrativoRetornoV3_01_01.wsdl
- tissSolicitacaoProcedimentoV3_01_01.wsdl
- tissSolicitacaoStatusAutorizacaoV3_01_01.wsdl
- tissSolicitacaoStatusProtocoloV3_01_01.wsdl
- tissVerificaElegibilidadeV3_01_01.wsdl
- tissSolicitacaoStatusRecursoGlosaV3_01_01.wsdl

Identificação do arquivo que dispõe o componente

90. O nome do arquivo que dispõe todos os schemas XML do padrão é PadrãoTISS_Comunicaçãoxxxxxx.ZIP, onde xxxxxx indica o número da versão do componente de comunicação. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br.

Validação dos arquivos XML

91. Todos os arquivos com as definições do padrão encontram-se disponíveis no site da ANS, no endereço www.ans.gov.br.

Assinatura Digital

92. A assinatura deverá utilizar o padrão XAdES, no formato "Enveloped", deverá assinar integralmente a mensagem (de guia e/ou de lote), e deverá seguir a

política 'POLÍTICA-PADRÃO AD-RB BASEADA EM XADES', conforme definida no documento DOC-ICP-15.03 Versão 6.1.

- Referências:
 - DOC-ICP-15 – Versão 2.1
 - DOC-ICP-15.01 – Versão 2.1
 - DOC-ICP-15.02 – Versão 2.1
 - DOC-ICP-15.03 – Versão 6.1

93. Antes da realização de uma assinatura digital, o sistema deve verificar se o certificado digital a ser utilizado possui propósito de uso de assinatura digital, ou seja, se possui o campo key usage definido como Digital Signature e NonRepudiation e verificar se é certificado digital ICP-Brasil de assinatura tipo A1, A2, A3 ou A4.

94. Incluir em toda assinatura realizada a propriedade XMLDSIG/XAdES SigningTime. Este atributo representa o instante de assinatura acordado com o signatário.

95. Realizar a validação da assinatura no momento de sua geração (a assinatura deve ser validada imediatamente após sua geração) e na recepção de uma mensagem assinada. A validação de uma assinatura inclui: a verificação do certificado do signatário e dos certificados da cadeia de certificação e a verificação do estado de revogação do certificado do signatário e dos certificados da cadeia de certificação, utilizando LCR (Lista de Certificados Revogados) [RFC 5280] ou Resposta OCSP (Online Certificate Status Protocol) [RFC 2560]. No caso de recepção de uma mensagem assinada digitalmente, recomenda-se que a instituição, operadora ou prestador, proceda sua devida validação antes do processamento da mensagem, a fim de evitar possíveis contestações e reprocessamentos futuros.

Senhas – formato de transmissão

96. Sempre que forem informados login e senha no cabeçalho de qualquer mensagem (principalmente em webservices), a senha deverá ser informada obrigatoriamente na forma de *hash* MD5, acrescentando um nível a mais segurança nas transações.

HASH MD-5

97. Um hash é uma sequência de bits gerada por um algoritmo de dispersão que permite a visualização em letras e números, representando 1/2 byte cada. O conceito teórico diz que “hash é a transformação de uma grande quantidade de informações em uma pequena quantidade de informações”.

Essa sequência busca identificar um arquivo ou informação unicamente. Por exemplo, uma mensagem de correio eletrônico, uma senha, uma chave criptográfica ou mesmo um arquivo. É um método para transformar dados de tal forma que o resultado seja quase exclusivo. Além disso, funções usadas em criptografia garantem que não é possível a partir de um valor de hash retornar à informação original.

Como a sequência do hash é limitada, muitas vezes não passando de 512 bits, existem colisões (sequências iguais para dados diferentes). Quanto maior for a dificuldade de se criar colisões intencionais, melhor é o algoritmo.

Uma função de hash recebe um valor de um determinado tipo e retorna um código para ele. Enquanto o ideal seria gerar identificadores únicos para os valores de entrada, isso normalmente não é possível: na maioria dos casos, o contra-domínio de nossa função é muito menor do que o seu domínio, ou seja, x (o tipo de entrada) pode assumir uma gama muito maior de valores do que $\text{hash}(x)$.

O MD5 (Message-Digest algorithm 5) é um algoritmo de hash de 128 bits unidirecional desenvolvido pela RSA Data Security Inc., descrito na RFC 1321 e utilizado em softwares com protocolo ponto-a-ponto, verificação de integridade e logins.

Por ser um algoritmo unidirecional, um hash MD5 não pode ser transformado novamente no texto que lhe deu origem. O método de verificação é feito pela comparação de duas hashes (uma da base de dados e a outra da tentativa de login).

O MD5 também é usado para verificar a integridade de um arquivo através, por exemplo, do programa md5sum que cria a hash de um arquivo. Isto pode se tornar muito útil para downloads de grandes arquivos e para programas P2P que constroem o arquivo através de pedaços e estão sujeitos à corrupção dos mesmos.

No TISS o cálculo do hash deve considerar apenas a concatenação do conteúdo das tags desprezando as tags XML propriamente ditas. O conteúdo das tags deve ser concatenado e considerado de forma literal, desde o primeiro carácter à esquerda até o último carácter à direita, sem qualquer inserção, supressão, modificação ou

ajuste, respeitando maiúsculas e minúsculas, pontuação, acentuação e caracteres especiais, mesmo invisíveis que eventualmente existam (CR, LF, tabs etc). O encoding a ser utilizado será sempre o ISO-8859-1.

O epílogo das mensagens TISS contém o hash das informações. Esse campo contém o hash apenas dos valores contidos nas transações, não incluindo as tags XML. O objetivo do hash é garantir que o dado, uma vez gravado, não seja alterado. O hash de uma transação deve conter, em hexadecimal, a representação MD5 dos valores contidos na transação, justapostos, lidos da esquerda para a direita. Não devem ser incluídos no cálculo os nomes dos elementos ou dos atributos da transação.

Lista de mensagens

98. **LoteGuias:** Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorários e odontologia.
99. **LoteAnexos:** Apresentação do anexo de situação inicial de odontologia e solicitação de autorização de tratamento de quimioterapia, radioterapia e OPME.
100. **SolicitacaoDemonstrativoRetorno:** Solicitação de demonstrativo de análise de conta de medicina, demonstrativo de pagamento de medicina e odontologia.
101. **SolicitacaoStatusProtocolo:** Solicita informação de lote de cobrança recebido pela operadora.
102. **SolicitacaoStatusRecursoGlosa:** Solicita informação sobre recurso de glosa enviado pelo prestador à operadora.
103. **SolicitacaoProcedimento:** Solicitação de autorização de serviços de sp/sadt, internação, prorrogação de internação e tratamento em odontologia.
104. **SolicitaStatusAutorizacao:** Solicita status sobre pedido de autorização recebido pela operadora
105. **VerificaElegibilidade:** Solicita informação sobre a elegibilidade de um beneficiário da operadora.
106. **CancelaGuia:** Envia solicitação de cancelamento de uma ou mais guias.
107. **ComunicacaoInternacao:** Envia comunicado de internação ou alta de um beneficiário.
108. **RecursoGlosa:** Envia recurso sobre glosa ocorrida em um lote ou em guias do prestador.
109. **RecebimentoLote:** Envia um protocolo de recebimento de um lote de guias de cobranças enviado pelo prestador.

110. **RecebimentoAnexo:** Envia um protocolo de recebimento de um lote de anexos enviado pelo prestador.
111. **RecebimentoRecursoGlosa:** Envia um protocolo de recebimento do recurso de glosa enviado pelo prestador.
112. **DemonstrativosRetorno:** Envia o demonstrativo de análise de conta de medicina, demonstrativo de pagamento de medicina, demonstrativo de pagamento de odontologia ou situação do demonstrativo caso este ainda não esteja pronto para ser enviado ao prestador.
113. **SituacaoProtocolo:** Informa a situação de um protocolo enviado pelo prestador.
114. **AutorizacaoServicos:** Informa a autorização ou negativa para as solicitações de internação, tratamento odontológico, prorrogação de internação e sp/sadt, quimioterapia, radioterapia e OPME.
115. **SituacaoAutorizacao:** Informa a situação sobre pedidos pendentes de autorização de prorrogação de internação, tratamento odontológico, quimioterapia, radioterapia, SP/SADT e OPME.
116. **RespostaElegibilidade:** Envia resposta sobre a elegibilidade de determinado beneficiário.
117. **ReciboCancelaGuia:** Envia recibo sobre recebimento de cancelamento de guia.
118. **ReciboComunicacao:** Envia recibo de recebimento de comunicação de internação ou alta de beneficiário.
119. **RespostaRecursoGlosa:** Envia resposta sobre recurso de glosa enviado pelo prestador.
120. **Envio de informações para o beneficiário:** não há schema XML padronizado pela ANS para envio das informações.

121. **Envio de dados para a ANS:** envia informações sobre os dados recebidos pelas operadoras pelos prestadores de serviços.

122. **Recibo de envio de dados para a ANS:** o recibo do envio dos dados das operadoras para a ANS será o protocolo gerado pelo programa transmissor de arquivos (PTA) da ANS.

Quadro resumo da lista das mensagens

Origem da mensagem	Nome da mensagem no schema	Descrição
Prestador	LoteGuias	Apresentação de cobrança de consultas, sp/sadt, resumo de internação, honorários e odontologia. Esta mensagem deve ter no máximo cem guias de cobrança de um mesmo tipo.
Prestador	LoteAnexos	Apresentação do anexo de situação inicial de odontologia e solicitação de autorização de tratamento de quimioterapia, radioterapia e OPME. Esta mensagem deve ter no máximo cem anexos de um mesmo tipo.
Prestador	SolicitaçãoDemonstrativoRetorno	Solicitação de demonstrativo de análise de conta de medicina, demonstrativo de pagamento de medicina e odontologia
Prestador	SolicitaçãoStatusProtocolo	Solicita informação de lote de cobrança recebido pela operadora
Prestador	SolicitacaoStatusRecursoGlosa	Solicita informação sobre recurso de glosa enviado pelo prestador à operadora.
Prestador	SolicitaçãoProcedimento	Solicitação de autorização de serviços de sp/sadt, internação, prorrogação de internação e tratamento em odontologia

Prestador	SolicitaStatusAutorização	Solicita status sobre pedido de autorização recebido pela operadora
Prestador	VerificaElegibilidade	Solicita informação sobre a elegibilidade de um beneficiário da operadora
Prestador	CancelaGuia	Envia solicitação de cancelamento de uma ou mais guias
Prestador	ComunicaçãoInternação	Envia comunicado de internação ou alta de um beneficiário
Prestador	RecursoGlosa	Envia recurso sobre glosa ocorrida em um lote ou em guias do prestador
Operadora	RecebimentoLote	Envia um protocolo de recebimento de um lote de guias de cobranças enviado pelo prestador
Operadora	RecebimentoAnexo	Envia um protocolo de recebimento de um lote de anexos enviado pelo prestador
Operadora	RecebimentoRecursoGlosa	Envia um protocolo de recebimento do recurso de glosa enviado pelo prestador
Operadora	DemonstrativosRetorno	Envia o demonstrativo de análise de conta de medicina, demonstrativo de pagamento de medicina, demonstrativo de pagamento de odontologia ou situação do demonstrativo caso este ainda não esteja pronto para ser enviado ao prestador. Esta mensagem deve conter no máximo trinta demonstrativos.
Operadora	SituaçãoProtocolo	Informa a situação de um protocolo enviado pelo prestador
Operadora	AutorizaçãoServiços	Informa a autorização ou negativa para as solicitações de internação, tratamento odontológico, prorrogação de internação e sp/sadt, quimioterapia, radioterapia e OPME
Operadora	SituaçãoAutorização	Informa a situação sobre pedidos pendentes de autorização de prorrogação de internação, tratamento odontológico, quimioterapia,

		radioterapia, sp/sadt e OPME
Operadora	RespostaElegibilidade	Envia resposta sobre a elegibilidade de determinado beneficiário
Operadora	ReciboCancelaGuia	Envia recibo sobre recebimento de cancelamento de guia
Operadora	ReciboComunicação	Envia recibo de recebimento de comunicação de internação ou alta de beneficiário
Operadora	RespostaRecursoGlosa	Envia resposta sobre recurso de glosa enviado pelo prestador

Plano de contingência

123. O Plano de Contingência é o conjunto de regras e formulários estabelecidos para dar continuidade ao processo de trabalho na interrupção temporária das trocas eletrônicas. (RN 305)

124. Na ocorrência de interrupção do serviço de troca eletrônica dos dados de atenção à saúde, os agentes de troca de informações na saúde suplementar deverão utilizar o estabelecido no Plano de Contingência do Padrão TISS. (RN 305)

125. Os formulários utilizados por ocasião da interrupção da troca eletrônica de informações devem ser fornecidos pelas operadoras de planos privados de saúde.

126. A mensagem Lote de Guias (cobrança de serviços de saúde) tem as seguintes guias padronizadas no plano de contingência:

- Consulta;
- SP/SADT;
- Resumo de Internação;
- Honorários;
- Tratamento Odontológico;
- Anexo de Situação Inicial de Odontologia; e
- Outras Despesas.

127. A mensagem de Recebimento do Lote de Guias não tem guia padronizada no plano de contingência.

128. A mensagem Lote de Anexos tem as seguintes guias padronizadas no plano de contingência:

- Anexo de Quimioterapia;
- Anexo de Radioterapia;
- Anexo de OPME; e
- Anexo de Situação Inicial de Odontologia.

129. A mensagem de Recebimento do Lote de Anexos não tem guia padronizada no plano de contingência.

130. A mensagem de Solicitação de Demonstrativo de Retorno não tem guia padronizada no plano de contingência.
131. A mensagem de Demonstrativos de Retorno tem como contingência o Relatório de Demonstrativo de Retorno.
132. A mensagem de Solicitação de Status de Protocolo não tem guia padronizada no plano de contingência.
133. A mensagem de Situação do Protocolo não tem guia padronizada no plano de contingência.
134. A mensagem Solicitação de Autorização para Realização de Procedimentos tem as seguintes guias padronizadas no plano de contingência:
- SP/SADT;
 - Solicitação de Internação;
 - Solicitação de Prorrogação de Internação; e
 - Solicitação de Tratamento Odontológico.
135. A mensagem de Solicitação do Status do Pedido de Autorização não tem guia padronizada no plano de contingência.
136. A mensagem de Situação do Pedido de Autorização não tem guia padronizada no plano de contingência.
137. A mensagem de Verificação de Elegibilidade do Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.
138. A mensagem de Resposta de Elegibilidade do Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.
139. A mensagem de Solicitação de Cancelamento de Guia de Cobrança não tem guias padronizadas para serem utilizadas em contingência.
140. A mensagem de Recibo do Cancelamento de Guia de Cobrança não tem guia padronizada no plano de contingência.

141. A mensagem de Comunicação de Internação ou Alta de Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.
142. A mensagem de Protocolo de Recebimento da Comunicação de Internação ou Alta de Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.
143. A mensagem de envio de Recurso de Glosa tem as seguintes guias padronizadas no plano de contingência:
- Recurso de Glosa; e
 - Recurso de Glosa Odontológica.
144. A mensagem Recebimento do Recurso de Glosa, com a análise do recurso realizado pela operadora, tem as seguintes guias para contingência:
- Recurso de Glosa; e
 - Recurso de Glosa Odontológica.
145. A mensagem de Solicitação do Status do Recurso de Glosa não tem guia padronizada no plano de contingência.
146. A mensagem de Resposta do Status do Recurso de Glosa não tem guia padronizada no plano de contingência.
147. A mensagem de Envio de Dados para a ANS não tem guia padronizada no plano de contingência.

Versionamento do Padrão TISS

Identificação da vigência do Padrão TISS.

148. A versão do Padrão TISS é identificada pela versão de cada um dos seus cinco componentes.

- A versão do componente organizacional é identificada pelo ano/mês de início de vigência.
- A versão do componente de conteúdo e estrutura é identificada pelo ano/mês de início de vigência.
- A versão do componente de representação de conceitos de saúde é identificada pelo ano/mês de início de vigência.
- A versão do componente de segurança e privacidade é identificada pelo ano/mês de início de vigência.
- A versão do componente de Comunicação do Padrão TISS é descrita no formato XX.YY.ZZ., onde:
 - A 1ª e 2ª posições (XX) indicam o primeiro bloco da identificação da versão, e será modificado quando ocorrer a inclusão de uma nova mensagem/legenda.
 - A 3ª e 4ª posições (YY) indicam o segundo bloco da indicação da versão e será modificado quando ocorrer alteração nas mensagens/legendas existentes.
 - A 5ª e 6ª posições (ZZ) indicam o último bloco da identificação da versão e será modificado na correção de um erro em qualquer mensagem/legenda.

Validação da versão do TISS

149. A vigência do padrão TISS deverá, sempre, ser observada no momento da troca de mensagens entre os agentes abrangidos pelo padrão. Sempre haverá no mínimo uma e no máximo duas versões do padrão vigentes em determinado momento de troca de informações entre os agentes e somente estas versões poderão ser utilizadas.

150. A versão a ser utilizada, quando houver mais de uma versão vigente, será a acordada entre as partes.

151. O conteúdo das terminologias de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais e órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais, deverá ser vigente na data do atendimento ao beneficiário de plano de saúde, não podendo nenhum agente alegar que determinado termo não é válido no momento da transmissão se o mesmo era válido no momento do atendimento ao beneficiário.
152. O esquema abaixo ilustra o controle de versão implantado a partir da versão 3.00.00 do Padrão TISS. Destacamos que as datas colocadas no esquema abaixo são apenas para exemplificar o processo.



Outras regras operacionais

153. A mensagem LoteGuias deve ter, no máximo, 100 guias em cada lote.
154. A mensagem LoteAnexo deve ter, no máximo, 1 guia em cada lote.
155. A mensagem RecursoGlosa deve ter, no máximo, 1 guia em cada lote.

XV. Regras para o envio de dados à ANS

156. Devem ser informados os eventos e despesas exclusivamente de beneficiários que mantêm contrato com a operadora de planos de saúde, independentemente de compartilhamento de risco/repasso continuado da assistência para outras operadoras de planos de saúde.
157. Protocolo de recebimento: o protocolo de recebimento do arquivo com as informações das operadoras será dado pelo Programa Transmissor de Arquivos (PTA) da ANS.
158. A operadora poderá enviar um conjunto de arquivos XML na forma compactada no padrão ZIP. Ao enviar um arquivo compactado, a operadora receberá um protocolo de recebimento do arquivo compactado.
159. Protocolo de recebimento: o protocolo de recebimento de envio de arquivo compactado não informará quantos arquivos XML foram recebidos.
160. Envio de dados à ANS: os arquivos de dados a serem enviados pela operadora para a ANS devem seguir o seguinte padrão de nomenclatura: REGANSAAAAMM9999.YYY, onde:
- i. REGANS – número do registro da operadora na ANS com 6 posições;
 - ii. AAAA – ano da competência dos dados;
 - iii. MM – mês da competência dos dados;
 - iv. 9999 – número sequencial do arquivo no ano/mês de competência dos dados;
 - v. .YYY – extensão do arquivo, onde:
 - a. XTE quando tratar-se de um arquivo XML enviado pela operadora para a ANS;
 - b. ZTE quando tratar-se de um arquivo compactado no padrão ZIP enviado pela operadora para a ANS;
 - c. XTR quando tratar-se de um arquivo de retorno do tipo XML disponibilizado pela ANS para a operadora;
 - d. ZTR quando tratar-se de um arquivo de retorno do tipo ZIP disponibilizado pela ANS para a operadora.

161. Envio de dados à ANS: não serão aceitos pela ANS arquivos com nomenclatura duplicada.

162. Envio de dados à ANS: o acompanhamento do processo de envio dos arquivos estará disponível no endereço eletrônico www.ans.gov.br em área de acesso restrito à operadora.

163. Envio de dados à ANS: para o acompanhamento do processo de envio dos dados à ANS, os arquivos recebidos serão classificados nos status abaixo:

Status	Descrição
Descompactado	O arquivo compactado enviado pela operadora foi descompactado sem nenhum erro de formação
Erro de descompactação	O arquivo não foi descompactado corretamente por algum erro de formação.
Aguardando processamento	O arquivo foi recebido e ainda não foi processado pela ANS.
Processado com erros	O arquivo foi processado pela ANS e há uma quantidade de registros que não foram incluídos no banco de dados da ANS por erros identificados.
Processado sem erros	O arquivo foi processado e todos os registros foram incluídos no banco de dados da ANS.
Rejeitado	O arquivo não foi processado e nenhum registro foi incluído no banco de dados da ANS.

164. Envio de dados à ANS: a correção dos erros identificados nos arquivos processados deverá ser pelo envio de novo arquivo.

165. Envio de dados à ANS: os dados deverão ser enviados pelas operadoras para a ANS **até o dia 25** do segundo mês subsequente à competência informada.

166. Envio de dados à ANS: cada registro do arquivo enviado à ANS conterá a indicação do tipo de transação que será realizada, a saber:

- Inclusão: indica à ANS que o registro deve ser incluído na base de dados.
- Alteração: indica à ANS que o registro deve substituir um registro enviado anteriormente pela operadora identificado pela chave de acesso à informação.
- Exclusão: indica à ANS que o registro deve ser excluído da base de dados considerando a chave de acesso à informação.

167. A chave de acesso aos dados enviados à ANS é composta pelos seguintes campos:

- Número do registro da operadora na ANS
- Identificação do prestador de serviços
 - i. CNES;
 - ii. Indicador de identificação (1 para CNPJ ou 2 para CPF);
 - iii. CNPJ ou CPF.
- Número da guia atribuído pela operadora;
- Número da guia no prestador de serviços;
- Número de identificação de reembolso atribuído pela operadora;
- Data de processamento.

168. Em cada arquivo enviado todos os registros com tipo de registro igual à **inclusão** devem ter o mês/ano da data de processamento igual ao mês/ano da competência do arquivo.

169. A operadora deve enviar arquivo à ANS informando a situação de não ter nenhum movimento em determinada competência, conforme *schema* definido no componente de comunicação.

170. A operadora terá o arquivo informando que não há movimento em determinada competência rejeitado, caso haja alguma informação da operadora na base de dados da ANS desta competência.

171. A operadora terá o arquivo informando que não há movimento em determinada competência ignorado, caso envie após este alguma movimentação desta mesma competência.

172. Em cada competência a operadora deverá enviar tantos arquivos quanto necessários para informar toda a movimentação devida. Cada arquivo pode ter no máximo 10.000 registros.

173. No primeiro envio das informações para a ANS, devem ser incluídos todos os procedimentos e itens assistenciais que compõem a conta, independente de terem sido pagos ou não. A partir do segundo envio da conta só podem constar procedimentos ou itens assistenciais que sofreram alteração em relação ao envio inicial.
174. Nos demais registros de inclusão referentes a uma conta já enviada, ou seja, nos processamentos subsequentes da conta, somente deverão constar linhas de procedimentos e itens assistenciais que tenham sofrido alteração de informação decorrente do processamento que está sendo enviado.
175. Caso a operadora não tenha incluído um procedimento ou item assistencial no primeiro envio de uma conta, deverá encaminhar um registro de exclusão, considerando a chave de acesso do registro. Em seguida, a operadora deverá enviar um novo registro do tipo inclusão com todos os procedimentos e itens assistenciais que compõem a conta.
176. Sempre que houver qualquer processamento de uma conta, o resultado deve ser informado a ANS. Deve ser entendido como processamento o ato de alterar qualquer informação após o recebimento de uma conta pela operadora. Abaixo citamos três exemplos da situação de envio de dados.

- Primeiro exemplo:
 - i. Primeiro processamento da guia na operadora: uma guia que foi recebida pela operadora em 12/06/2014 e a operadora realizou o processo de críticas e apuração de valores em 15/06/2014, mesmo sem realizar o pagamento. Esta informação será enviada a ANS até 25 de agosto de 2014 (dados da competência junho de 2014) com a data de processamento igual a 15/06/2014 como um registro de inclusão.
 - ii. Segundo processamento da guia na operadora: a mesma guia foi paga em 15/07/2014 e esta informação foi gravada no sistema da operadora nesta mesma data. Esta informação deve ser enviada para a ANS até 25 de setembro de 2014 (dados da competência julho de 2014) como um registro de inclusão.

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa	Valor Pago	Data Pagto	Transação
Jun/2014	120	15/06/2014	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00		Inclusão
Jul/2014	120	15/07/2014	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00	15/07/2013	Inclusão

- Segundo exemplo:
 - i. Primeiro processamento da guia na operadora: uma guia que foi recebida pela operadora em 20/07/2014 e a operadora realizou o processo de críticas e apuração de valores em 21/07/2014, mesmo sem realizar o pagamento. Esta informação será enviada a ANS até 25 de setembro de 2014 (dados da competência julho de 2014) com a data de processamento igual a 21/07/2014 como um registro de inclusão.
 - ii. Segundo processamento da guia na operadora: esta guia teve um recurso de glosa apresentado pelo prestador em 05/08/2014. A operadora acata parcialmente o recurso apresentado em 10/08/2014 e registra esta informação no sistema. Esta informação deve ser enviada para a ANS até 25 de outubro de 2014 (dados da competência agosto de 2014) como um registro de inclusão.
 - iii. Terceiro processamento da guia na operadora: a operadora efetua o pagamento desta guia em 05/09/2014. Esta informação deve ser enviada à ANS até 25 de novembro de 2014 (dados da competência setembro) como um registro de inclusão.
 - iv. Quarto processamento da guia na operadora: em 30/11/2014 a operadora verifica que cometeu um erro ao registrar a data de pagamento ao prestador que na verdade ocorreu em 10/09/2014 e não em 05/09/2014. Esta informação deve ser enviada à ANS até 25 de janeiro de 2015 (dados da competência novembro) como uma transação de alteração do registro enviado anteriormente. Como será um registro de alteração, a chave de acesso deve ser igual àquela enviada no

registro de inclusão, ou seja, data de processamento igual à 05/09/2014 e não 30/11/2014.

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa	Valor Pago	Data Pagto	Transação
Jul/2014	150	21/07/2014	200,00	180,00	180,00	20,00	0,00		Inclusão
Ago/2014	150	10/08/2014	200,00	190,00	190,00	10,00	0,00		Inclusão
Set/2014	150	05/09/2014	200,00	190,00	190,00	10,00	190,00	05/09/2014	Inclusão
Nov/2014	150	05/09/2014	200,00	190,00	190,00	10,00	190,00	10/09/2014	Alteração

- Terceiro exemplo:
 - i. Primeiro processamento da guia na operadora: uma guia que foi recebida pela operadora em 20/09/2014 e a operadora realizou o processo de críticas e apuração de valores em 21/09/2014, mesmo sem realizar o pagamento. Esta informação será enviada a ANS até 25 de novembro de 2014 (dados da competência setembro de 2014) com a data de processamento igual a 21/09/2014 como um registro de inclusão.
 - ii. Segundo processamento da guia na operadora: esta guia teve um recurso de glosa apresentado pelo prestador em 05/10/2014. A operadora acata parcialmente o recurso apresentado em 10/10/2014 e registra esta informação no sistema. Esta informação deve ser enviada para a ANS até 25 de dezembro de 2014 (dados da competência outubro de 2014) como um registro de inclusão.
 - iii. Terceiro processamento da guia na operadora: a operadora efetua o pagamento desta guia em 15/11/2014. Esta informação deve ser enviada à ANS até 25 de janeiro de 2015 (dados da competência novembro) como um registro de inclusão.
 - iv. Quarto processamento da guia na operadora: ao registrar o pagamento a operadora verifica que incorreu em um erro enviando um registro de recurso de glosa acatado para a ANS na competência OUT/2014. Esta informação deve ser enviada à ANS até 25 de janeiro de 2015 (dados

da competência novembro) como um registro de exclusão do registro enviado anteriormente. Como será um registro de exclusão, a chave de acesso deve ser igual àquela enviada no registro de inclusão, ou seja, data de processamento igual à 10/10/2014 e não 15/11/2014.

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa	Valor Pago	Data Pagto	Transação
Set/2014	200	21/09/2014	500,00	450,00	450,00	50,00	0,00		Inclusão
Out/2014	200	10/10/2014	500,00	480,00	480,00	20,00	0,00		Inclusão
Nov/2014	200	15/11/2014	500,00	450,00	450,00	50,00	450,00	15/11/2014	Inclusão
Nov/2014	200	10/10/2014	500,00	480,00	480,00	20,00	0,00		Exclusão

177. O valor pago em cada registro enviado à ANS, deve conter somente o valor pago na competência e não um valor acumulado do total pago a determinada guia/evento. O mesmo procedimento deve ser adotado em relação às quantidades e valores dos procedimentos e itens assistenciais das guias/eventos. Por exemplo: caso uma guia seja apresentada por um prestador de serviços com um valor de R\$ 1.000,00 e a operadora pague apenas R\$ 800,00 glosando R\$ 200,00, a informação deve ser encaminhada à ANS exatamente desta forma. Caso em uma competência posterior a operadora reconheça que deve pagar mais R\$ 200,00 daquela guia, o registro a ser encaminhado a ANS deverá conter somente o valor pago de R\$ 200,00 referente ao pagamento realizado na competência e não o valor acumulado de R\$ 1.000,00.

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa	Valor Pago	Data Pagto	Transação
Set/2014	500	10/09/2014	1.000,00	800,00	800,00	200,00	800,00	10/09/2014	Inclusão
Out/2014	500	10/10/2014	1.000,00	200,00	200,00	0,00	200,00	10/10/2014	Inclusão

178. O envio dos itens assistenciais e procedimentos de um evento/guia deve obedecer ao seguinte critério: o primeiro envio do evento/guia à ANS deve conter todos os itens assistenciais e procedimentos existentes tendo sido pagos ou não. Em um segundo envio do evento só devem ser incluídos aqueles

itens/procedimentos que sofreram alguma alteração em relação ao envio da competência anterior.

Evento/guia enviado:

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa	Valor Pago	Data Pagto	Transação
Set/2014	500	10/09/2014	1.000,00	1.000,00	800,00	200,00	800,00	10/09/2014	Inclusão

Itens enviados no evento/guia:

Procedimento Item	Quant. Informada	Valor Informado	Quant. Paga	Valor Pago	Valor Pago Fornec.
1	5	500,00	5	500,00	0,00
2	2	200,00	1	100,00	0,00
3	3	300,00	2	200,00	0,00

Após recurso de glosa dos itens que não foram pagos em sua totalidade, a operadora reconheceu que deveria pagar mais uma unidade do item 3. Assim teríamos o seguinte envio a ANS:

Evento/guia enviado:

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor Liberado	Valor Glosa	Valor Pago	Data Pagto	Transação
Out/2014	500	10/10/2014	1.000,00	1.000,00	100,00	100,00	100,00	10/10/2014	Inclusão

Itens enviados no evento/guia:

Procedimento Item	Quant. Informada	Valor Informado	Quant. Paga	Valor Pago	Valor Pago Fornec.
3	3	300,00	1	100,00	0,00

179. O envio de informações em pacotes definidos por operadoras e prestadores formados por itens identificados como envio individualizado à ANS, conforme tabela 64, contendo ou não itens identificados como envio consolidado à ANS, na mesma tabela 64, deve seguir a seguinte regra: informar o código da tabela de referência do pacote (tabela 90 ou 98), o código do pacote criado pela operadora, os valores e quantidades referentes ao pacote. Nas linhas seguintes devem ser informados os códigos das tabelas de referência dos itens, os códigos dos itens identificados para envio individualizado, previstos na tabela 64-Forma de envio para a ANS, com a quantidade de cada item. Aqui também devem ser

enviados de forma individualizada os procedimentos e eventos em saúde de tabela própria da operadora que ainda não estão codificados na TUSS.

180. O envio de dados em pacotes definidos por operadoras e prestadores formados exclusivamente por itens identificados como envio consolidado na tabela 64-Forma de envio para a ANS, deve seguir a seguinte regra: informar na primeira linha o código da tabela de referência do pacote (tabela 90 ou 98), o código do pacote criado pela operadora, os valores e quantidades referentes ao pacote.

181. No exemplo abaixo, temos na primeira linha um lançamento na tabela 98– Tabela Própria de Pacotes do código 1000, que é o código de um pacote criado pela operadora, os valores e as quantidades informadas e pagas ao prestador. Na linha imediatamente abaixo ao lançamento do pacote, temos o lançamento na tabela 22-Procedimentos e Eventos em Saúde do código 31309054 (cesariana) com sua quantidade. Este exemplo está informando à ANS que a operadora recebeu a cobrança e pagou ao prestador um pacote que tem em sua composição um procedimento de cesariana, o qual deve ser enviado de forma individualizada para a ANS, conforme descrito na tabela 64-Forma de envio para a ANS.

Tabela referência	Código procedimento/item	Valor Informado	Quant. Informada	Quant. Paga	Valor Pago
98	1000	5.000,00	1	1	5.000,00
22	31309054			1	

XVI. Prazos

182. A data limite para adoção do padrão TISS versão 3.02.00 é 31/08/2014.

183. Após 31/08/2014 é obrigatória a adoção do padrão TISS versão 3.02.00

184. O envio dos dados do padrão TISS para a ANS é devido, mensalmente, pela operadora de plano privado de assistência à saúde a partir da competência **setembro de 2014** e o cronograma de envio será definido pela DIDES e divulgado no endereço eletrônico da ANS na internet www.ans.gov.br

185. As versões do Padrão TISS identificam os prazos referentes ao início da vigência, limite para implantação e de fim de vigência, de cada item do padrão TISS. (RN 305)

186. O prazo limite de implantação das atualizações do Padrão TISS não será inferior a três meses e não superior a doze meses após a o início da vigência da respectiva versão. (RN 305)

XVII. Penalidades

187. O não cumprimento dos prazos do envio dos dados para a ANS configurará infração administrativa prevista nos artigos 35 da RN 124, de 30 de março de 2006. (RN 305)

188. O não cumprimento de regras relativas ao padrão configurará infração administrativa prevista no artigo 44 da RN 124, de 30 de março de 2006 (RN 305)

XVIII. Disposição Transitória

189. As trocas de informações do Padrão TISS realizadas com base na Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007, continuam produzindo seus regulares efeitos até a data limite. (RN 305)

190. As trocas de dados de atenção à saúde realizadas com base na RN nº 153, de 28 de maio de 2007, antes da obrigatoriedade da utilização do Padrão TISS tratado neste componente, e que estiverem em desacordo com aquela RN e com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis. (RN 305)

XIX. Atualização do Padrão TISS

191. Fica mantido o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS, de caráter consultivo para o aprimoramento do Padrão TISS e sob coordenação da DIDES. (RN 305)

192. Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, indicar as entidades com representação no COPISS e seu estatuto. (RN 305)

Regras de solicitação de alteração do Padrão TISS

193. A alteração do Padrão TISS pode ser solicitada diretamente à ANS ou, preferencialmente, à entidade de representação no COPISS.
194. Quando a solicitação for encaminhada à entidade de representação, esta deve analisar a pertinência da demanda.
195. Caso a entidade verifique que a demanda é pertinente, formaliza o pedido para a ANS através de envio do formulário ou página na web disponibilizada pela ANS denominado Solicitação de Alteração do Padrão TISS.



Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656