

---

**Ata da 55ª Reunião Ordinária do COPISS – Comitê de Padronização das  
Informações em Saúde Suplementar.**

Às nove horas do dia vinte e seis de julho de dois mil e doze, na cidade do Rio de Janeiro, na Rua Teixeira de Freitas, nº 05, 2º andar, na sala de treinamento da ANS, realizou-se a 55ª reunião ordinária do COPISS – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar. A reunião foi coordenada por Antonio Carlos Endrigo, Gerente-Geral de Integração Setorial e contou com a presença de 12 das 22 instituições componentes do COPISS e duas das entidades convidadas. Participaram da reunião os titulares: Antonio Carlos Endrigo (ANS), Benício P. Mesquita (CFO), Erimar Carlos B. de Abreu (CMB), Luiz Antônio de Biase (ABRAMGE), Marizélia Leão Moreira (ANS), Sônia Bastos (FENASAÚDE) e Waldemar da Silva Júnior (UNIDAS). Os suplentes a seguir estiveram presentes: Carlos Moura (CBR), João de Lucena Gonçalves (CNS), José Ramom V. Blanco (CFM), Roberto de Oliveira Vellasco (FBH), Sílvio Sanchez (SINOG) e Wilson Shcolnik (SBPC/ML). Das entidades convidadas estiveram presentes Giorgio Bottin (SAS/MS) e Luis Gustavo G. Kiatake (SBIS). Não compareceram à reunião os representantes da ANAHP, AMB; ANVISA; ANS/DIPRO; FENAM, UNIMED e UNIODONTO. Ausentes e sem indicação de representantes o DATASUS, as entidades nacionais de defesa do consumidor e dos beneficiários e as Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa com experiência na área. A reunião foi acompanhada por Júlio Di Maio da Gerência de Padronização e Interoperabilidade da DIDES/ANS e por Rodrigo Tavares de Souza da Gerência de Segurança e Tecnologia de Informação da DIDES/ANS. Na condição de ouvintes participaram: Ana Paula Lucchesi Nucci (SINOG), Camila Von Muller (externo), Cristina Gama Dias (FBH), Danilo Bernik (FEHOESP/SINDHOSP), Ericson Leão Bezerra (CFO), Fernando Rezende Costa (Unimed do Brasil), Gilberto Bosco Neto (FENASAÚDE/Odontologia), Mércia Leite Nagem (FENASAÚDE/Odontologia), Patrícia Yazbek (externo), Paulo Picolo (CABESP), Rosimeire Ishiguro (FENASAÚDE) e Sandro Reis Diniz (FENASAÚDE). O coordenador deu início aos trabalhos com o propósito de apreciar a pauta prevista para a reunião, tratando dos seguintes assuntos: **a)** leitura, aprovação e assinatura da ata da reunião anterior – 54ª reunião do COPISS Coordenador; **b)** o coordenador do COPISS, Dr. Antonio Carlos Endrigo informou a sua saída da ANS no dia 31/07/2012 para desenvolvimento de um projeto pessoal e fora do Brasil; **c)** informada a disponibilização do Relatório da Consulta Pública nº 43, apreciado pela Diretoria Colegiada da ANS, na reunião 04/07/12, no site da ANS em 20/07/12; **d)** informada a publicação da Lei nº 12.682/2012 que dispôs sobre a digitalização, o armazenamento em meio eletrônico, óptico ou equivalente e a reprodução de documentos públicos e

privados. Identificada a necessidade de aprofundar a análise da lei em relação ao objeto do padrão TISS, em reunião do grupo de trabalho de segurança e privacidade; **e)** informada a realização de uma oficina de multiplicadores do Padrão TISS, organizada pela CNS, dias 02 e 03/07/12 em Brasília, e a implantação de um canal de disseminação do Padrão TISS para prestadores de serviços de saúde e demais agentes de troca de informações na Saúde Suplementar. Os interessados em participar da iniciativa devem declarar o interesse à CNS, via mensagem eletrônica; **f)** informado pelo representante da SBIS a ocorrência do XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, no período de 19 a 23 de novembro de 2012, com o convite para o COPISS participar do evento "Integra TISS", destinado a disseminar o Padrão TISS. Os interessados devem entrar em contato com Luis Gustavo G. Kiatake; **g)** informada a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.583 de 19/07/12 sobre acesso a informação. Identificada a necessidade de aprofundar a análise da portaria em relação ao objeto do padrão TISS, em reunião do grupo de trabalho de segurança e privacidade; **h)** informada a reunião do grupo de trabalho sigilo e privacidade, da Câmara Técnica de Informática em Saúde do Conselho Federal de Medicina em 24/07/2012 em Brasília, na qual houve a recomendação de implantar rotinas de registro e controle do acesso aos dados de atenção à saúde e ainda, identificar o uso dos dados pelo serviço de auditoria. Acordado uma reunião do GT de segurança e privacidade, para tratar do assunto, com a participação de representante do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação; **i)** informada a reunião da Câmara de Informática em Saúde do CFM, no dia 25/07/2012 em Brasília, na qual foi tratado o uso da certificação digital para prescrição eletrônica e informado a incorporação de atributos na certificação digital; **j)** apreciado o texto referente ao componente organizacional do Padrão TISS, conforme consta no item 1 da Nota COPISS desta reunião. Avaliado que futuramente, este componente deverá agregar as orientações contidas nos manuais e outras necessárias à correta adoção do Padrão TISS. Reiterado pela SBPC a necessidade da ANS promover a revisão das regras para instrumentos contratuais, em fórum específico para este tema; **k)** comentado o recebimento do retorno dos representantes do COPISS, referente ao material do Padrão TISS, disponibilizado em 8/06/12 e 20/07/12. Acordado que a gerência de padronização e interoperabilidade irá atualizar o material e disponibilizar um novo conjunto dos componentes do Padrão TISS no ambiente colaborativo; **i)** apreciado o conjunto de solicitações de alterações do padrão TISS encaminhados pela Fenasaúde, ANS, Conselho Federal de Fisioterapia, Conselho Federal de Fonoaudiologia, e outros. Acordado que a análise das solicitações seguirá o fluxo descrito no componente organizacional e que os representantes atualizarão as indicações dos técnicos para

compor os grupos de trabalhos destinados a analisar as solicitações, quando necessário; **m)** acordada a próxima reunião do COPISS para o dia 30/08/2012, às 9 h, na sede da ANS. O Coordenador do COPISS considerou cumprida a pauta, dando por encerrada a reunião.

Rio de Janeiro, 26 de julho de 2012.

Antonio Carlos Endrigo  
ANS

Benício P. Mesquita  
CFO

Carlos Eduardo Moura  
CBR

Erimar Carlos B. de Abreu  
CMB

Giorgio Bottin  
SAS/MS

João de Lucena Gonçalves  
CNS

José Ramom Varela Blanco  
CFM

Luis Gustavo G. Kiatake  
SBIS

Luiz Antônio De Biase  
ABRAMGE

Marizélia Leão Moreira  
ANS

Roberto de Oliveira Vellasco  
FBH

Sílvio Sanchez  
SINOG

Sônia Bastos  
FENASAÚDE

Waldemar da Silva Júnior  
UNIDAS

Wilson Shcolnik  
SBPC

**Nota da 55ª reunião ordinária do COPISS, realizada no dia 26 de julho de 2012.**

**Assunto:** Proposições para o aprimoramento do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS), decorrentes da Consulta Pública nº 43.

**Referências: (1)** Proposição do componente organizacional do padrão.

**Apresentação:** A presente Nota traz as proposições do COPISS quanto ao aprimoramento do Padrão TISS:

**1) Componente Organizacional do Padrão TISS:**

O componente organizacional do Padrão TISS é a seguir descrito.



## Sumário

1.	Nomeação da versão e data de atualização.....	9
2.	Exposição de motivos da atualização .....	9
3.	Entidades de referência.....	10
4.	Histórico de alterações .....	11
4.1	- Mudanças nas mensagens eletrônicas:.....	11
4.2	- Condição de preenchimento dos campos .....	12
4.3	- Desenho das guias utilizadas na contingência da troca eletrônica ...	12
4.4	- Informações retiradas na versão 3.00.00 .....	13
4.5	- Disponibilização das versões.....	13
5.	Componente organizacional .....	13
5.1	- Objeto .....	13
5.2	- Finalidade .....	14
6.	Padrão TISS .....	14
6.1	- Objeto .....	14
6.2	- Finalidade .....	14
6.3	- Diretriz .....	14
6.4	- Agentes de troca de informações na Saúde Suplementar .....	15
6.5	- Regras do Padrão TISS .....	15
6.7	- Comprovação de recebimento de cobrança pela operadora.....	16
6.8	- Diagrama dos Componentes do Padrão TISS .....	17
7.	Componente Conteúdo e Estrutura .....	17
7.1	- Objeto .....	17
7.2	- Formato de apresentação.....	17
7.3	- Lista das mensagens .....	18
7.4	- Relação de mensagens e guias utilizadas na contingência .....	20
7.5	- Identificação do arquivo que dispõe o componente.....	21
8.	Componente Representação de Conceitos em Saúde .....	22
8.1	- Objeto .....	22

---

8.2 - Formato de apresentação.....	22
8.3 - Lista de terminologias.....	23
8.4-Tabela própria da operadora.....	24
8.5-Identificação do arquivo que dispõe o componente.....	24
9. Componente Comunicação .....	25
9.1 - Objeto .....	25
9.2 - Formato de apresentação.....	25
9.3 - Lista de mensagens.....	26
9.4 - Plano de contingência .....	28
9.5-Identificação e arquitetura do arquivo que dispõe o padrão .....	29
10. Componente Segurança e Privacidade.....	30
10.1-Objeto .....	30
10.2-Formato de apresentação .....	30
10.3-Lista dos requisitos.....	30
11. Aprimoramento do padrão TISS .....	33
11.1-Identificação da vigência do Padrão TISS. ....	33
11.2-Validação da versão do TISS.....	34
11.3-Divulgação de novas versões .....	35
11.4-Regras de atualização .....	35
11.5-Descrição do fluxo de análise das solicitações de alteração .....	36



## **1. Nomeação da versão e data de atualização**

Este componente documenta a versão 03.00.00 do padrão TISS com início de vigência em xx/xx/2012. Este documento foi atualizado em xx/xx/2012.

## **2. Exposição de motivos da atualização**

A presente exposição de motivos tem por objeto a Resolução Normativa para estabelecer o Padrão Obrigatório para a Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS) dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde e revogar a Resolução Normativa – RN nº 153, de 28 de maio de 2007.

A atual legislação do Padrão TISS, RN nº 153, estabeleceu a revisão do mesmo em prazo não inferior a 360 dias. Em razão da complexidade, do volume de investimento necessário para a implantação, além do envolvimento de milhares de prestadores, identificou-se a necessidade de mais tempo antes de alterar o Padrão TISS. Transcorrido o tempo fez-se necessário atualizar o Padrão TISS, completando a unificação dos termos utilizados no setor e aprimorando os seus componentes.

Nesse sentido, propostas para a nova Resolução Normativa e Instrução Normativa, e para os componentes do Padrão TISS foram elaboradas em conjunto com o Comitê de Padronização de Informações da Saúde Suplementar (COPISS) e dispostas em consulta pública. Após análise das contribuições recebidas foram elaborados os novos normativos e o novo Padrão TISS. O processo de análise das contribuições e os resultados encontram-se descritos no Relatório da Consulta Pública nº 43, apreciado pela Diretoria Colegiada na 340ª reunião ordinária realizada em 04/07/2012 e disponibilizado no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

Em síntese, o aprimoramento do Padrão TISS, pode ser descrito pelas seguintes alterações:

No componente de conteúdo e estrutura foram padronizadas as mensagens eletrônicas de solicitação de quimioterapia, radioterapia e de órteses e próteses e a mensagem de recurso de glosas do pagamento, foram ainda efetuados ajustes nas mensagens existentes. Também foi definido o plano de contingência às mensagens eletrônicas considerando as guias e formulários padronizados anteriormente e as novas mensagens;

No componente de representação de conceitos em saúde, unificaram-se os termos utilizados na troca de informações de atenção à saúde, com ampliação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). À TUSS existente foram agregados novos termos, de forma a contemplar os 103.507 termos utilizados na Saúde Suplementar. Dentre estes, têm-se procedimentos e eventos em saúde (5.678), materiais, órteses e próteses (70.003), medicamentos (23.350), diárias, taxas e gases medicinais (3.409) e as demais terminologias que caracterizam o atendimento com 1.067 termos.

No componente de segurança e privacidade foram estabelecidos os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde, tendo por base o sigilo profissional e a legislação vigente no país. Tais requisitos visam assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde.

O componente de comunicação foi alterado para atender os componentes de conteúdo e estrutura, representação de conceitos de saúde e de segurança e privacidade, mantendo-se a linguagem de marcação de dados XML (Extensible Markup Language).

E ainda, foi estabelecido o componente organizacional com o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS. Este componente contém a nomeação da versão e data de atualização; a exposição de motivos da atualização e histórico de alteração; definições e regras de uso; regras de atualização dentre outras regras operacionais.

A nova Resolução Normativa trata ainda, da disponibilização ao beneficiário das informações de atenção à saúde, do envio dos dados do Padrão TISS à ANS e do monitoramento TISS. Já a nova Instrução Normativa institui o Sistema Padrão TISS para dispor e manter o padrão TISS, no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

### **3. Entidades de referência**

Várias entidades participaram como referência para construção desta nova versão do padrão, a saber:

- Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar (COPISS)

- Associação Médica Brasileira (AMB) como referência para validação da estrutura das mensagens/legendas dos anexos de quimioterapia e de radioterapia;
- Associação Médica Brasileira (AMB) para os termos de medicina;
- Conselho Federal de Odontologia (CFO) para os termos de odontologia;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para os termos de medicamentos, materiais, próteses e órteses;
- Confederação Nacional de Saúde (CNS) para os termos de diárias, taxas e gases medicinais;
- Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) para consolidar os requisitos de segurança e privacidade das informações.

#### 4. Histórico de alterações

Nesta versão foram realizadas várias alterações no padrão de troca de informações, neste componente listaremos todos os grupos de modificações e o detalhamento destas será objeto de documento anexo a este componente.

##### 4.1 - Mudanças nas mensagens eletrônicas:

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	Inexistente	Incluído

recurso de glosa		
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
Mensagem para auditoria	Inexistente	Incluída esta mensagem para possibilitar o envio de relatórios médicos obrigatoriamente assinada digitalmente pelo médico responsável pelas informações
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

#### 4.2 - Condição de preenchimento dos campos

Na versão 2.02.03 as condições de preenchimento dos campos nas mensagens eram somente *obrigatório* e *opcional*. Na versão 3.00.00 foi acrescentado o tipo de preenchimento *Condicional* onde o mesmo deve ser preenchido somente se atendida à determinada condição expressa na legenda do campo.

#### 4.3 - Desenho das guias utilizadas na contingência da troca eletrônica

Na versão 3.00.00 foi suprimido do desenho das guias a hachura dos campos opcionais, portanto, o desenho das guias não indica mais a condição de preenchimento dos campos devendo sempre, em caso de dúvida, ser consultada a legenda da guia.

Foi retirado do desenho das guias o domínio dos campos. Deve-se recorrer à documentação do componente de representação de conceitos em caso de dúvidas quanto ao preenchimento.

#### **4.4 - Informações retiradas na versão 3.00.00**

- Identificação do software gerador do arquivo XML;
- Identificação da operadora pelo CNPJ, somente é aceita a identificação pelo registro na ANS;
- Endereço do prestador de serviços;
- Nome do plano do beneficiário (exceto na mensagem de odontologia);
- Data de validade da carteira do beneficiário (exceto na mensagem de elegibilidade)
- Tipo de doença
- Tempo de doença
- Número de fatura nos demonstrativos de pagamento/análise
- Dados bancários nos demonstrativos de pagamento (exceto em odontologia)

#### **4.5 - Disponibilização das versões**

A disponibilização das versões do Padrão TISS, passa a ser feita através da divulgação dos arquivos que representam cada um dos componentes do padrão no site da ANS.

### **5. Componente organizacional**

#### **5.1 - Objeto**

O componente organizacional estabelece o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS e contém:

- I - Nomeação da versão e data de atualização;
- II - Exposição de motivos da atualização e histórico de alteração;

- III - Definições e regras de uso;
- IV - Regras de atualização;
- V - Outras regras operacionais.

## **5.2 - Finalidade**

Concentrar em um único componente do padrão todas as regras e instruções necessárias para a correta implementação da versão do Padrão TISS.

## **6. Padrão TISS**

### **6.1 - Objeto**

O Padrão TISS abrange as trocas de informações de atenção à saúde entre os agentes da Saúde Suplementar.

### **6.2 - Finalidade**

O Padrão TISS compreende as trocas de dados de atenção à saúde prestada em beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde, com a finalidade de:

- I - padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
- II - subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial dos planos privados de assistência à saúde; e
- III - compor o Registro Eletrônico de Saúde.

### **6.3 - Diretriz**

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Ministério da Saúde, e ainda a redução da assimetria de informações para o beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Os sistemas citados neste tópico são:

- Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS)

- Sistema de informações de beneficiários (SIB)
- Sistema de Informações de Produto (SIP)
- Registro de Plano de Saúde (RPS)
- Comunicação de informações hospitalares e ambulatoriais do SUS (CIHA)
- Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
- Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH)
- Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA)

#### **6.4 - Agentes de troca de informações na Saúde Suplementar**

Os agentes de troca de informações de atenção à saúde na Saúde Suplementar são: 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 autorizado por ele e a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

#### **6.5 - Regras do Padrão TISS**

1. O Padrão TISS abrange a troca de informações de atenção à saúde entre os agentes da Saúde Suplementar.
2. O Padrão TISS não abrange o conjunto de sistemas e aplicações internos dos prestadores de serviços de saúde, mas é obrigatório na troca de informações de atenção à saúde com os demais agentes da Saúde Suplementar.
3. 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.

4. Processos padronizados pelo TISS. Os processos de trocas de informações da Saúde Suplementar padronizados são: 1. Elegibilidade; 2. Autorização de procedimentos, medicamentos e materiais; 3. Lote de guias de cobrança; 4. Lote de anexos; 5. Demonstrativos de retorno; 6. Recurso de glosas; 7. Cancelamento de cobranças; 8. Comunicação de internação/alta; 9. Dados para auditoria
5. Processos obrigatoriamente eletrônicos: 1. Lote de guias de cobranças; 2. Lote de anexos; 3. Demonstrativos de retorno; 4. Recurso de glosas.
6. Processos eletrônicos ou não eletrônicos: 1. Elegibilidade; 2. Autorização de procedimentos, medicamentos e materiais; 3. Cancelamento de cobranças; 4. Comunicação de internação/alta; 5. Dados para auditoria.

#### **6.7 - Comprovação de recebimento de cobrança pela operadora**

As operadoras, quando solicitado pela ANS, deverão comprovar o recebimento das cobranças oriundas dos prestadores de serviços, através do número de protocolo gerado para os prestadores, seguido da relação dos números de guias enviadas pelo prestador e do respectivo número de guia gerado pela operadora quando for o caso.



## 6.8 - Diagrama dos Componentes do Padrão TISS

O padrão TISS é composto pelos componentes abaixo com as seguintes estruturas de organização.



## 7. Componente Conteúdo e Estrutura

### 7.1 - Objeto

O componente de conteúdo e estrutura estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde entre todos os agentes integrantes do padrão.

### 7.2 - Formato de apresentação

A apresentação do conteúdo e estrutura dos dados é realizada através das legendas com informações sobre os termos e através do layout de guias em papel que servirão como contingência à troca eletrônica de informações. As legendas que são tratadas neste componente contêm os seguintes itens: nome do termo, número do campo na guia, nome do campo na guia, tipo de dado, tamanho do dado, formato, descrição do termo e condição de preenchimento.

- 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, quando for o caso;

- O nome do campo na guia identifica como está impresso a identificação do termo na guia em papel, quando for o caso;
- O tipo de dado informa se o dado é representado por um campo tipo data, hora, string ou numérico;
- O tamanho do dado informa quantos dígitos/caracteres poderão ser utilizados para sua representação;
- O formato informa a representação do dado, por exemplo: DDMMAAA para datas ou HH:MM para horários;
- A descrição do termo é uma descrição detalhada do significado do termo;
- A condição de preenchimento informa quando deve ser informado o conteúdo do termo. As condições de preenchimento são:
  - Obrigatório: quando a informação deve ser preenchida incondicionalmente;
  - Condicional: quando a obrigatoriedade do preenchimento está vinculada à ocorrência de uma determinada condição;
  - Opcional: quando o agente gerador da informação define se irá, ou não, informar aquele dado.

### 7.3 - Lista das mensagens

Todo o universo de informações trocadas entre os agentes da saúde suplementar que estão padronizadas pelo TISS, estão representadas nas mensagens eletrônicas definidas através de schemas XML. A seguir exibiremos a relação destas mensagens que estão documentadas nas legendas do padrão de conteúdo e estrutura.

- **Elegibilidade:** é a mensagem enviada pelo prestador solicitando a situação de determinado beneficiário junto à operadora. A resposta a este envio é

uma confirmação ou não, por parte da operadora, que o beneficiário está ativo como seu beneficiário;

- **Solicitação de autorização:** é a mensagem enviada pelo prestador solicitando autorização para realização de algum serviço no beneficiário. A resposta a este envio é a autorização ou não para a realização do serviço;
- **Solicitação de status de autorização:** é uma mensagem enviando uma resposta a uma solicitação de autorização enviada anteriormente. A resposta a este envio é a mensagem informando se a autorização foi dada ou não.
- **Cobrança de guias:** é a mensagem do envio do lote de cobrança dos serviços realizados pelos prestadores de serviços à operadora de plano de saúde. A resposta a este envio é o protocolo de recebimento do lote enviado pela operadora ao prestador;
- **Lote de anexos:** é uma mensagem que permite o envio de solicitação de autorização de procedimentos de quimioterapia, radioterapia e OPME, além de permitir o envio do anexo de situação inicial de odontologia se houver necessidade do envio deste anexo em separado da guia principal de cobrança de odontologia. A resposta a este envio é um protocolo de recebimento do lote de anexos.
- **Comunicação de internação/alta:** é a mensagem enviada pelo prestador informação a data de internação ou alta de um beneficiário. A resposta a este envio é uma mensagem de reconhecimento do fato;
- **Cancelamento de cobrança:** é a mensagem enviada pelo prestador que solicita o cancelamento de uma cobrança enviada anteriormente. A resposta a este envio é a confirmação, ou não, do cancelamento da cobrança;
- **Recurso de glosa:** é uma mensagem enviada pelo prestador questionando a aplicação de uma glosa em sua cobrança. A resposta a este envio é um protocolo de recebimento do recurso;
- **Solicitação de status de recurso de glosa:** é uma mensagem solicitando a resposta da operadora sobre um recurso de glosa enviado anteriormente.

A resposta a este envio é uma mensagem acatando, ou não, o recurso ou enviando um novo protocolo do recebimento do recurso;

- **Solicitação de status de protocolo:** é uma mensagem solicitando a situação do protocolo de um lote enviado anteriormente pelo prestador. A resposta a este envio, é a mensagem com a situação do protocolo com todas as guias contidas neste.
- **Solicitação de demonstrativo de retorno:** é uma mensagem solicitando o demonstrativo de pagamento ou o demonstrativo de análise de conta de um lote enviado pelo prestador. A resposta a este envio é uma mensagem com o demonstrativo solicitado ou a informação que o demonstrativo ainda não está disponível;
- **Envio de informações para auditoria:** esta é uma mensagem destinada ao envio de relatório médico sobre determinado beneficiário, para o médico auditor da operadora de planos privados de assistência à saúde.
- **Envio de dados à ANS:** é uma mensagem de envio de informações dos dados de atenção à saúde, realizados nos beneficiários de planos de saúde, recebidos pelas operadoras de planos privados de saúde à ANS.

#### 7.4 - Relação de mensagens e guias utilizadas na contingência

Abaixo segue uma planilha que apresenta a relação entre as mensagens eletrônicas que integram o padrão e a contingência em papel.

Prestador	Guias para contingência	Operadora	Guias para contingência
<b>Lote de Guias (cobrança de serviços)</b>	Consulta, SP/SADT, Resumo de internação, Honorário individual, Tratamento odontológico, Anexo de situação inicial de odontologia e Outras despesas	Recebimento do Lote de Guias	Não padronizada
<b>Lote de Anexos (anexos às cobranças)</b>	Anexo de situação inicial de odontologia,	Recebimento de Lote de Anexos	Não padronizada

	Anexo de Quimioterapia, Anexo de Radioterapia e Anexo de OPME		
<b>Solicitação de Demonstrativo de Retorno</b>	Não padronizada	Demonstrativos de Retorno	Relatório de demonstrativo de retorno
<b>Solicitação de Status de Protocolo</b>	Não padronizada	Situação do Protocolo	Não padronizada
<b>Solicitação de autorização para realização de procedimentos</b>	SP/SADT, Solicitação de internação, Solicitação de prorrogação de internação e Solicitação de tratamento odontológico	Resposta do pedido de Autorização de Serviços	SP/SADT, Solicitação de internação, Solicitação de prorrogação de internação e Solicitação de tratamento odontológico
<b>Solicitação do status do pedido de Autorização</b>	Não padronizada	Situação do pedido de Autorização	Não padronizada
<b>Verificação de Elegibilidade do beneficiário</b>	Não padronizada	Resposta de Elegibilidade do beneficiário	Não padronizada
<b>Solicita cancelamento de guia de cobrança</b>	Não padronizada	Recibo do Cancelamento de Guia	Não padronizada
<b>Comunicação de internação ou alta de beneficiário</b>	Não padronizada	Protocolo de recebimento da Comunicação de internação ou alta do beneficiário	Não padronizada
<b>Recurso de Glosa</b>	Recurso de glosa e Recurso de glosa odontológica	Recebimento do Recurso de Glosa	Recurso de glosa e Recurso de glosa odontológica
<b>Solicitação do Status do Recurso de Glosa</b>	Não padronizada	Resposta do Recurso de Glosa	Não padronizada
<b>Informações para auditoria</b>	Informações para auditoria	Protocolo de recebimento das informações de auditoria	Não padronizada

### 7.5 - Identificação do arquivo que dispõe o componente

O arquivo contendo todas as legendas utilizadas na composição do padrão TISS, encontra-se no arquivo LegendasVersao3.PDF no site da ANS.

## **8. Componente Representação de Conceitos em Saúde**

### **8.1 - Objeto**

O padrão 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.

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.

A responsabilidade de atribuição de códigos aos termos componentes da TUSS, e suas posteriores atualizações, é da ANS.

### **8.2 - Formato de apresentação**

Todas as terminologias do Padrão TISS são disponibilizadas em tabelas contendo:

- código do termo: codificação numérica atribuída pela ANS;
- descrição do termo: nome resumida do termo;
- descrição detalhada do termo: descrição mais 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 ter implementado a utilização do termo.

Em algumas tabelas, não foram implementadas o campo de *descrição detalhada do termo*.

### 8.3 - Lista de terminologias

Abaixo temos a lista de todas as tabelas de terminologias utilizadas no Padrão TISS:

Cód.	Nome da Tabela
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e 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
--	Total de termos registrados nas tabelas

#### **8.4-Tabela própria da operadora**

À operadora de planos privados de assistência à saúde é facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante nas tabelas TUSS. Imediatamente após estabelecer o código de um termo em tabela própria, a operadora deverá solicitar à ANS a inclusão do mesmo na TUSS observando os passos descritos nos itens 11.4 a 11.6. 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.

#### **8.5-Identificação do arquivo que dispõe o componente**

O arquivo que dispõe todas as tabelas TUSS está disponível no site da ANS no endereço [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).



## **9. Componente Comunicação**

### **9.1 - Objeto**

O padrão de comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Foi adotada a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

### **9.2 - Formato de apresentação**

O padrão de comunicação é apresentado sob a forma de arquivos de schemas XML que devem ser utilizados para troca eletrônica de informações do padrão. Todos os arquivos com as definições do padrão encontram-se disponíveis no site da ANS, no endereço [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br). O conjunto de arquivos que são utilizados para o padrão são os listados abaixo:

- tissSimpleTypesV3\_00\_00.xsd=arquivo contendo os tipos simples utilizados no padrão;
- tissComplexTypesV3\_00\_00.xsd=arquivo contendo os tipos compostos utilizados no padrão;
- tissGuiasV3\_00\_00.xsd= arquivo contendo os tipos que identificam as guias utilizadas no padrão;
- tissV3\_00\_00.xsd= arquivo contendo a estrutura principal das mensagens do padrão;
- tissWebServicesV3\_00\_00.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\_00\_00.xsd= arquivo contendo a estrutura para o envio de informações das operadoras para a ANS;
- Os arquivos abaixo são utilizados para definir os webservices do padrão:
  - tissCancelaGuiaV3\_00\_00.wsdl
  - tissComunicacaoBeneficiarioV3\_00\_00.wsdl
  - tissLoteAnexoV3\_00\_00.wsdl
  - tissLoteGuiasV3\_00\_00.wsdl
  - tissRecursoGlosaV3\_00\_00.wsdl
  - tissSolicitacaoDemonstrativoRetornoV3\_00\_00.wsdl
  - tissSolicitacaoProcedimentoV3\_00\_00.wsdl
  - tissSolicitacaoStatusAutorizacaoV3\_00\_00.wsdl
  - tissSolicitacaoStatusProtocoloV3\_00\_00.wsdl
  - tissVerificaElegibilidadeV3\_00\_00.wsdl
  - tissTransmiteMensagemV3\_00\_00.wsdl

### 9.3 - Lista de mensagens

Origem da mensagem	Nome da mensagem no schema	Descrição
Prestador	LoteGuias	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.
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	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
Prestador	LoteAuditoria	Envia um lote de informações para auditoria médica da operadora. Esta mensagem deve ser, obrigatoriamente, assinada digitalmente pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente
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
Operadora	ReciboLoteAuditoria	Envia protocolo de recebimento de documentos para auditoria enviados pelo prestador

#### 9.4 - Plano de contingência

Na ocorrência de interrupção do serviço de troca eletrônica de informações, os agentes de trocas de informações na Saúde Suplementar deverão utilizar o plano de contingência do Padrão TISS. O plano de contingência é composto por guias em papel seguindo o mesmo padrão das informações em meio eletrônico. Deve-se destacar que algumas mensagens eletrônicas não têm o correspondente em guia de papel, devendo sua contingência ser realizada através de outros meios de comunicação disponíveis no momento.

Abaixo temos as mensagens eletrônicas que não têm correspondente em guias de papel:

- Verificação de Elegibilidade
- Solicitação de demonstrativos de retorno
- Solicitação de status de protocolo
- Solicitação de status de autorização
- Cancelamento de guia
- Comunicação de internação/alta
- Solicitação de status do recurso de glosa
- Recebimento do lote de guias
- Recebimento do lote de anexos
- Recebimento do recurso de glosa

- Situação do protocolo
- Resposta de elegibilidade
- Recibo do cancelamento de guia
- Recibo da comunicação de internação/alta

### **9.5 - Identificação e arquitetura do arquivo que dispõe o padrão**

Os arquivos que contemplam o componente de comunicação estão disponíveis no site da ANS com a seguinte nomenclatura:

- tissV3\_00\_00.xsd
- tissSimpleTypesV3\_00\_00.xsd
- tissComplexTypesV3\_00\_00.xsd
- tissGuiasV3\_00\_00.xsd
- tissMonitoramentoV3\_00\_00.xsd
- tissWebServicesV3\_00\_00.xsd
- tissAssinaturaDigital\_v1.01.xsd
- xmldsig-core-schema\_v1.01.xsd
- tissCancelaGuiaV3\_00\_00.wsdl
- tissComunicacaoBeneficiarioV3\_00\_00.wsdl
- tissLoteAnexoV3\_00\_00.wsdl
- tissLoteGuiasV3\_00\_00.wsdl
- tissRecursoGlosaV3\_00\_00.wsdl

- tissSolicitacaoDemonstrativoRetornoV3\_00\_00.wsdl
- tissSolicitacaoProcedimentoV3\_00\_00.wsdl
- tissSolicitacaoStatusAutorizacaoV3\_00\_00.wsdl
- tissSolicitacaoStatusAutorizacaoV3\_00\_00.wsdl
- tissSolicitacaoStatusProtocoloV3\_00\_00.wsdl
- tissTransmiteMensagemV3\_00\_00.wsdl
- tissVerificaElegibilidadeV3\_00\_00.wsdl

## **10. Componente Segurança e Privacidade**

### **10.1 - Objeto**

O padrão de segurança e privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde e visa assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. O padrão de segurança e privacidade baseia-se no sigilo profissional e segue a legislação vigente no país.

### **10.2 - Formato de apresentação**

A apresentação do componente de segurança e privacidade é realizada através de uma lista de requisitos contendo: a identificação do requisito, a descrição do requisito e a condição de utilização do requisito. As condições possíveis dos requisitos são: obrigatório, opcional e recomendado.

### **10.3 - Lista dos requisitos**

Os requisitos abaixo listados visam criar obrigações e recomendações às operadoras de planos privados e saúde, bem como, recomendações aos prestadores de serviços e aos beneficiários destas primeiras com o objetivo de garantir o sigilo e a privacidade das informações que transitam no mercado de saúde suplementar brasileiro.

Identificação do requisito	Descrição	Condição de utilização
RSP01	Identificar e autenticar todo usuário antes de qualquer acesso a dados com identificação do beneficiário.	Obrigatório para operadoras
RSP02	Utilizar para autenticação de usuários a site e páginas da Internet (portais) login e senha podendo opcionalmente, desde que acordado entre as partes, ser utilizada a certificação digital.	Obrigatório para operadoras
RSP03	Utilizar para autenticação de usuários, via utilização de webservices, login e senha podendo opcionalmente, desde que acordado entre as partes, ser utilizada a certificação digital.	Obrigatório para operadoras
RSP04	Verificar a qualidade de segurança da senha no momento de sua definição pelo usuário obrigando a utilização de, no mínimo, 8 caracteres dos quais, no mínimo, 1 caractere deve ser não alfabético	Obrigatório para operadoras
RSP05	Definir o período máximo de troca de senha como controle do sistema. Este período não deve ser superior a um ano. O sistema deve permitir que o usuário troque sua senha a qualquer momento.	Obrigatório para operadoras
RSP06	Armazenar a senha dos usuários utilizando qualquer algoritmo HASH.	Obrigatório para operadoras
RSP07	Bloquear, ao menos temporariamente, o usuário após um número máximo de tentativas inválidas de login. Este número de tentativas não deve ser superior a cinco.	Obrigatório para operadoras
RSP08	Possuir controles de segurança na sessão de comunicação a fim de não permitir o roubo de sessão do usuário	Obrigatório para operadoras
RSP09	Oferecer os seguintes serviços de segurança na sessão de comunicação entre o componente cliente e o componente servidor: autenticação do servidor, integridade dos dados e confidencialidade dos dados.	Obrigatório para operadoras
RSP10	Encerrar a sessão do usuário após período de tempo configurável de inatividade. Este tempo não deve ser superior a trinta minutos.	Obrigatório para operadoras
RSP11	Registrar log de acessos e de tentativas de acesso ao sistema de informação.	Obrigatório para operadoras
RSP12	Utilizar certificado digital sempre dentro do período de validade além de não aceitar o certificado se o mesmo estiver na lista de certificados revogados da AC.	Obrigatório para operadoras

Identificação do requisito	Descrição	Condição de utilização
RSP13	Utilizar certificado digital que identifique o endereço eletrônico para o qual foi emitido	Obrigatório para operadoras
RSP14	Utilizar certificado digital que contemple em sua estrutura a identificação da autoridade certificadora emissora.	Obrigatório para operadoras
RSP15	Utilizar certificado digital que contemple em sua estrutura a identificação do titular do certificado	Obrigatório para operadoras
RSP16	Utilizar certificado digital que utilize protocolo criptográfico SSL ou TLS	Obrigatório para operadoras
RSP17	Utilizar certificado digital que utilize criptografia de, no mínimo, 128 bits	Obrigatório para operadoras
RSP18	Utilizar certificado digital que implemente autenticação por algoritmo HASH	Obrigatório para operadoras
RSP19	A interrupção do serviço de troca eletrônica de informações entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos privados de assistência à saúde deve ser solucionada em até 48 (quarenta e oito) horas, salvo em caso fortuito ou de força maior devidamente justificado.	Obrigatório para operadoras
RSP20	Para as transmissões remotas de dados identificados, os sistemas das operadoras de planos de saúde deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma Autoridade Certificadora.	Obrigatório para operadoras
RSP21	As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem constituir proteções administrativas, técnicas e físicas para impedir o acesso eletrônico ou manual impróprio à informação de saúde, em especial à toda informação identificada individualmente.	Obrigatório para operadoras
RSP22	Deve conter a assinatura digital do prestador de serviços na guia de cobrança de internações para assegurar a autenticidade e o não repúdio das informações ali contidas	Opcional para prestadores de serviços
RSP23	Deve conter a assinatura digital do prestador de serviços na guia de cobrança de SP/SADT para assegurar a autenticidade e o não repúdio das informações ali contidas	Opcional para prestadores de serviços
RSP24	Deve conter a assinatura digital do prestador de serviços na guia de cobrança de consultas para assegurar a autenticidade e o não repúdio das	Opcional para prestadores de serviços



Identificação do requisito	Descrição	Condição de utilização
	informações ali contidas	
RSP25	Deve conter a assinatura digital do prestador de serviços na guia de cobrança de serviços de odontologia para assegurar a autenticidade e o não repúdio das informações ali contidas	Opcional para prestadores de serviços
RSP26	Os prestadores de serviços de saúde devem constituir proteções administrativas, técnicas e físicas para impedir o acesso eletrônico ou manual impróprio à informação de saúde, em especial a toda informação identificada individualmente.	Recomendado a todos
RSP27	Seguir os itens de segurança descritos na <i>Cartilha Sobre Prontuário Eletrônico para sistemas de registro eletrônico de saúde</i> construída através de convênio, entre o CFM e a SBIS.	Recomendado a todos
RSP28	Observar a Resolução CFO-91/2009 que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização, uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, quanto aos Requisitos de Segurança em Documentos Eletrônicos em Saúde.	Recomendado a todos
RSP29	Observar a RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07 que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.	Recomendado a todos

## 11. Aprimoramento do padrão TISS

### 11.1 - Identificação da vigência do Padrão TISS.

A versão do Padrão TISS é descrita no formato XX.YY.ZZ, onde:

A 1ª e 2ª posições (XX) indicam o primeiro bloco da representação da versão e será modificado sempre que ocorrer a criação de uma nova mensagem/legenda no padrão.

A 3a e 4a posições (YY) indicam o segundo bloco da representação da versão e será modificado sempre que ocorrer alteração das mensagens/legendas existentes em qualquer processo de troca de informações no padrão.

A 5a e 6a posições (ZZ) indicam o último bloco da representação da versão e será modificado sempre que ocorrer uma correção em qualquer processo de troca de informações no padrão.

A vigência da TUSS obedecerá, sempre, a competência (ANO e MÊS) de validade de seus termos. Teremos mensalmente as tabelas TUSS válidas. Mesmo que não haja alteração em nenhum termo constante na TUSS, a competência seguinte será identificada como uma nova versão da TUSS, identificada pelo ano e mês de vigência.

### **11.2 - Validação da versão do TISS**

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 da troca de informações entre os agentes e somente estas versões poderão ser utilizadas. Cabe ressaltar que todos os agentes participantes do processo, deverão estar preparados para praticar qualquer versão que esteja vigente no momento da transmissão do dado.

O conteúdo das tabelas componentes da TUSS deverá ser vigente na época em que foi realizada a assistência 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 da realização do ato de assistência à saúde do beneficiário.

O esquema abaixo ilustra o controle de versão que está implantado a partir da versão 3.00.00 do TISS. Devemos destacar que as datas colocadas no esquema abaixo são apenas para exemplificar o processo.



### 11.3 - Divulgação de novas versões


Sempre que houver uma nova versão do padrão TISS, haverá comunicação para as operadoras através do email de seus coordenadores TISS, os quais são indicados junto à ANS, além de colocação das informações da nova versão, incluindo este documento, no site da ANS.

Cabe ressaltar que: a atualização da TUISS não terá o mesmo tratamento quanto à sua divulgação, uma vez que fica previamente informado que as tabelas componentes desta terminologia, terão mensalmente sua vigência revalidada, portanto, todos os agentes do processo deverão, mensalmente, realizar a verificação dos termos utilizados, de acordo com a tabela vigente no momento da realização do evento de atenção à saúde.

### 11.4 - Regras de atualização

A solicitação de modificação do padrão se dará através de envio de pedido formal à ANS conforme modelo abaixo, em formulário ou página na web

disponibilizada pela ANS. Todos os requisitos devem ser preenchidos pelo demandante sob pena da demanda não ser avaliada devido à falta de informações.

		<b>Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS</b>		<small>1- Nº do Documento 12345678901234567890</small>	
<b>Dados do Demandante</b>					
2- Nome					
3 - Tipo de Demandante	4 - Data da Solicitação	5 - Telefone	6 - CPF/CNPJ		
7- Endereço					
8- Cidade	9- UF	10- CEP	11- eMail		
<b>Dados da solicitação</b>					
12 - Tipo de solicitação	13 - Componente do Padrão	14 - Guia/Anexo	15 - Campo guia/anexo	16 - Tabela	17 - Código do Item
18 - Descrição da solicitação					
19 - Justificativa da solicitação					
20- Parecer do Grupo Técnico do COPISS					
21- Parecer do COPISS Coordenador					
22- Parecer da ANS					

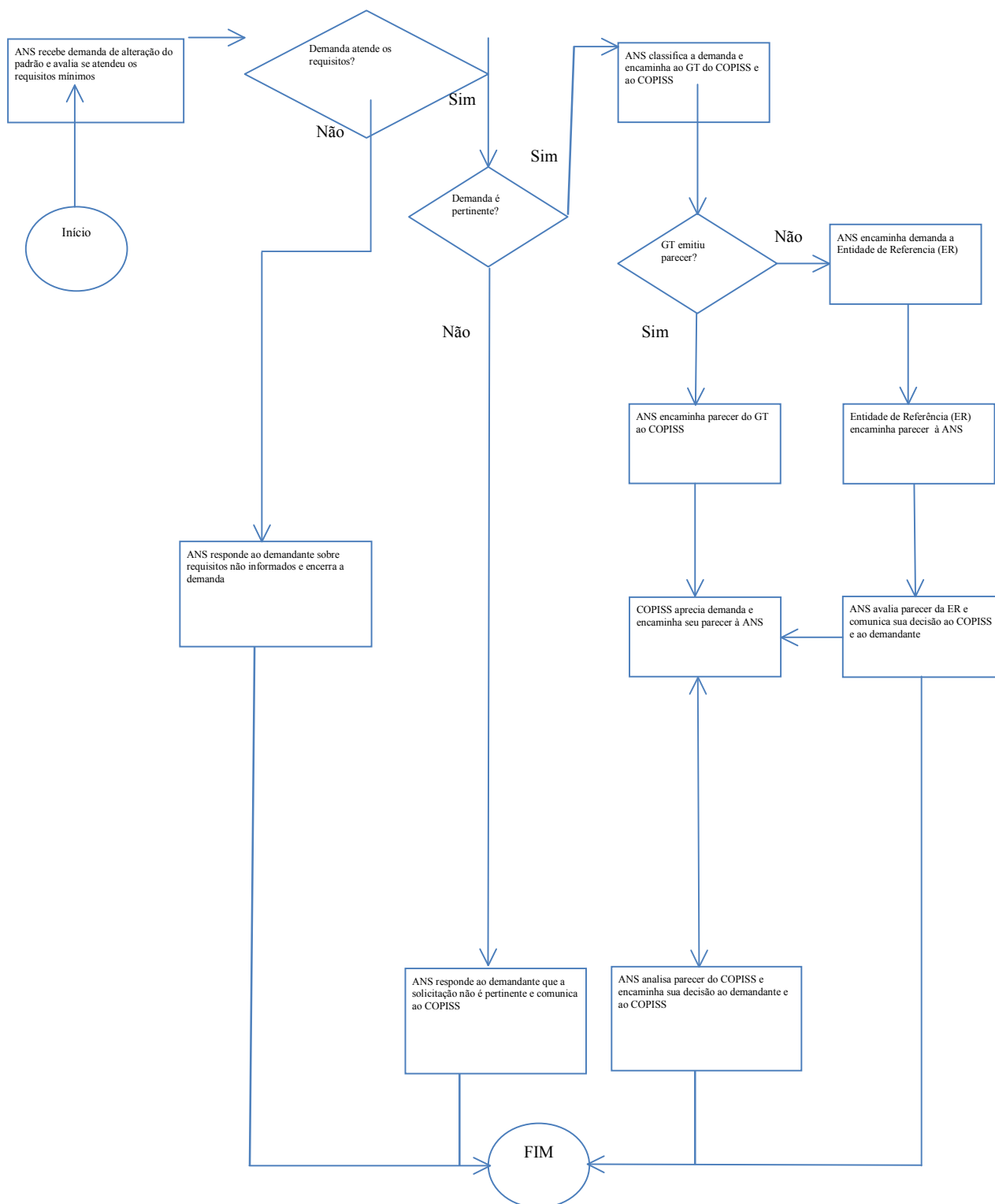
### 11.5 - Descrição do fluxo de análise das solicitações de alteração

O fluxo da análise das solicitações de alteração do padrão TISS seguirá os seguintes passos após o seu recebimento pela ANS:

1. ANS analisa o pedido quanto ao preenchimento dos requisitos e quanto à pertinência da demanda;
2. Caso a demanda tenha preenchido todos os requisitos e seja avaliada como pertinente, o caso é encaminhado ao Grupo Técnico (GT) do COPISS correspondente e ao COPISS;
3. O GT retorna parecer sobre a demanda à ANS;

- a. Caso o GT informe que não é competente para tomar a decisão, ANS encaminha demanda à entidade de referência para o tema;
  - i. Entidade de referência encaminha seu parecer a ANS;
4. ANS avalia o parecer do GT/entidade de referência e encaminha sua decisão ao COPISS;
5. ANS encaminha decisão ao demandante.

### 11.6-Fluxo do processo de solicitação de alteração do padrão TISS.



Rio de Janeiro, 26 de julho de 2012.

Antonio Carlos Endrigo  
ANS

Benício P. Mesquita  
CFO

Carlos Eduardo Moura  
CBR

Erimar Carlos B. de Abreu  
CMB

Giorgio Bottin  
SAS/MS

João de Lucena Gonçalves  
CNS

José Ramom Varela Blanco  
CFM

Luis Gustavo G. Kiatake  
SBIS

Luiz Antônio De Biase  
ABRAMGE

Marizélia Leão Moreira  
ANS

Roberto de Oliveira Vellasco  
FBH

Sílvio Sanchez  
SINOG

Sônia Bastos  
FENASAÚDE

Waldemar da Silva Júnior  
UNIDAS

Wilson Shcolnik  
SBPC