
Ata da 56ª Reunião Ordinária do COPISS – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar.

Às nove horas do dia trinta de agosto de dois mil e doze, na cidade do Rio de Janeiro, na Rua Teixeira de Freitas, nº 05, 2º andar, realizou-se a 56ª reunião ordinária do COPISS – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar. A reunião foi coordenada por Marizélia Leão Moreira, Gerente de Padronização e Interoperabilidade e contou com a presença de instituições componentes do COPISS e entidades convidadas. Participaram da reunião os titulares: Marizélia Leão Moreira (ANS/DIDES), Benício P. Mesquita (CFO), Eduardo de Oliveira (FBH), Erimar Carlos B. de Abreu (CMB), Luiz Antônio de Biase (ABRAMGE), Murilo Alves Moreira (ANAHP), Paulo Roffé Azevedo (SBPC/ML), Renato Abreu Filho (UNIDAS) e Sônia Bastos (FENASAÚDE). E os suplentes representando as entidades: Carlos Moura (CBR), João de Lucena Gonçalves (CNS), José Ramom V. Blanco (CFM), Julio Di Maio (ANS/DIDES), Luciana Yonezawa Tamada (UNIMED) e Sílvio Sanchez (SINOOG). Eventualmente a ANS/DIPRO foi representada por André Luiz Andrade. Das entidades convidadas estiveram presentes Giorgio Bottin (MS/SAS) e Luis Gustavo G. Kiatake (SBIS). Não compareceram à reunião os representantes da AMB; ANVISA; FENAM, 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. A reunião foi acompanhada por Jorge Luizi Pinho da Gerência de Padronização e Interoperabilidade da DIDES/ANS. Na condição de convidados das entidades representantes participaram: Ana Maria de Oliveira Santos (ABRAMGE), Ana Paula Lucchesi Nucci (SINOOG), Almir Fernandez Júnior (Unimed do Brasil), Camila Von Muller (FENASAÚDE), Cristina Gama Dias (FBH), Danilo Bernik (FEHOESP/SINDHOSP), Ericson Leão Bezerra (CFO), Fabio Monsanto (externo), Gilberto Bosco Neto (FENASAÚDE/Odontologia), Mércia Leite Nagem (FENASAÚDE/Odontologia), Patrícia Yazbek (FENASAÚDE), Paulo Picolo (CABESP), Regina Mello (Fenasaúde), Roberto de Oliveira Vellasco (FBH), Rosimeire Ishiguro (FENASAÚDE) e Wilson Shcolnik (SBPC/ML). O diretor adjunto da Diretoria de Desenvolvimento Setorial Wladmir Ventura de Souza, deu abertura aos trabalhos com o propósito de apresentar a Dra Marizélia Leão Moreira como coordenadora do Comitê. A coordenadora 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 – 55ª reunião do COPISS Coordenador; **b)** informado que os normativos que estabelecerá a nova versão 3.0 do padrão TISS encontram-se em análise pela Procuradoria da ANS. Após essa

etapa poderão ser apreciados pela Diretoria Colegiada e seguir para publicação; **c)** informado que a solicitação de pauta pela SBPC, referente a definições de prazos das alterações contratuais entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde, será tratada em outro grupo de trabalho a ser organizado pela ANS; **d)** informado pelo representante do CFM sobre a dificuldade dos consultórios médicos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), pelo gestor do Rio de Janeiro. Acordado que Giorgio Bottin, representante da MS/SAS, apresentará na próxima reunião o atual fluxo de cadastramento no CNES; **e)** aprovada a proposta da ANS para o Radar TISS edição de 2012, baseada na edição 2011, com exclusão da solicitação da relação de documentos e relatórios assistenciais em papel e inclusão da solicitação referente ao canal de comunicação da operadora com os beneficiários. Solicitado o prazo de 45 dias para envio dos dados pelos representantes da operadoras, e acordado ajustes pontuais nas orientações da pesquisa, descritos no item 1 da nota COPISS integrante desta; **f)** não acordado a inclusão da mensagem de auditoria no padrão TISS, proposta pela ANS, a partir do desdobramento da mensagem de cobrança, com a finalidade de garantir sigilo e confidencialidade aos dados de auditoria e não comprometer o envio das mensagens de cobrança em decorrência do volume de dados trafegados. O representante da SBIS esclareceu que a proposta significava avanço por utilizar o melhor da tecnologia disponível. Representantes de operadoras de planos privados de assistência à saúde e de prestadores de serviços de saúde avaliaram ser necessário a análise pelo grupo de trabalho de conteúdo e estrutura. Agendada a reunião do grupo para a segunda quinzena de outubro de 2012; **g)** acordada a retirada do envio de relatório técnico para auditoria da mensagem de cobrança; **h)** acordada a revisão do componente organizacional proposta pela ANS, em aprimoramento a versão apreciada na 55ª reunião do COPISS, baseada na identificação individual das regras operacionais, incorporação de orientações contidas em manuais e normativos. As regras vinculadas aos normativos serão revisadas após análise dos normativos pela Procuradoria da ANS. Incorporados os ajustes propostos na reunião e descritos no item 2 da nota COPISS integrante desta; **i)** acordado que os representantes de operadoras de planos privados de assistência à saúde e de prestadores de serviços de saúde encaminharam à secretaria do COPISS, sugestões de itens ou de regras contratuais que impactam na implantação do Padrão TISS, para serem encaminhadas ao grupo de trabalho da ANS que tratará da questão; **j)** acordada a alteração da IN 20, referente à rotina de alteração do Padrão TISS, com exclusão da sigla SOP-TISS da indicação da solicitação de alteração do Padrão TISS e com incorporação da mesma ao componente organizacional do Padrão TISS; **k)** acordado os temas das próximas

reuniões do COPISS: divulgação do Padrão TISS; atualização de terminologias, monitoramento da implantação do Padrão TISS – versão 3.0, Programa de Monitoramento do Padrão TISS e revisão da IN 20 e estabelecimento do Estatuto do COPISS; **l)** acordada as datas para as próximas reuniões do COPISS: 10/10/2012, 8/11/2012, 13/12/2012 e 14/2/2013; **m)** informada a divulgação do Padrão TISS, com a participação de técnicos da ANS no 11º Congresso AUDHOSP – Congresso Nacional de Auditoria em Saúde e Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar, de 11 a 14/09/12, em Águas de Lindóia (SP), promovido pela FEHOSP e no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, de 14 a 18/11/12, em Porto Alegre, promovido pela Abrasco; **n)** informado o convite para participação no XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde – CBIS, de 19 a 23/11/12, em Curitiba (PR), promovido pela SBIS. Acordado que os integrantes do COPISS deverão entrar em contato com Luis Gustavo Kiatake, indicando representantes para planejar a participação do COPISS no evento; **o)** não houve tempo hábil para formatar a elaboração de vídeo e outros materiais de divulgação da nova versão do Padrão TISS, e o tema será tratado na próxima reunião. A Coordenadora do COPISS encerrou a reunião, às 17:10 h.

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 2012.

Marizélia Leão Moreira
ANS

Benício P. Mesquita
CFO

Carlos Eduardo Moura
CBR

Eduardo de Oliveira
FBH

Erimar Carlos B. de Abreu
CMB

Giorgio Bottin
SAS/MS

João de Lucena Gonçalves
CNS

José Ramon V. Blanco
CFM

Julio Di Maio
ANS/DIDES

Luciana Y. Tamada
Unimed do Brasil

Luis Gustavo Kiatake
SBIS

Luiz Antônio de Biase
ABRAMGE

Murilo Alves Moreira
ANAHP

Paulo Roffee Azevedo
SBPC/ML

Renato Abreu Filho
UNIDAS

Silvio Sanchez
SINOOG

Sônia Bastos
FENASAÚDE

Nota da 56^a reunião ordinária do COPISS, realizada no dia 30 de agosto de 2012.

Assunto: Proposições para o Radar TISS edição 2012 e revisão componente organizacional do Padrão TISS.

Referências: Propostas da ANS apreciada na 56^a reunião ordinária do COPISS.

Apresentação: A presente Nota traz as proposições acordadas na 56^a reunião ordinária do COPISS:

1) Radar TISS – edição 2012

Item	Texto na proposta ANS	Texto acordado na 56^a reunião do COPISS
Apresentação	A pesquisa coletará, no período de 01/11/2012 a 30/11/2012 , a totalidade de registros sobre os eventos...	A pesquisa coletará, no período de 01/11/2012 a 15/12/2012 , a totalidade de registros sobre os eventos...
1.4	Tratamento odontológico – informar em reais o valor consolidado do total de tratamento odontológico, independente se foram ou não pagos. Inclui-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário.	Tratamento odontológico – informar em reais o valor consolidado do total de tratamento odontológico, independente se foram ou não pagos. Inclui-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, exceto guias de consultas e de serviços auxiliares de diagnose e terapia, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário.
1.5	Diagnose e terapia – informar em reais o valor consolidado do total com exames de diagnose e terapias, independente se foram ou não pagos. Inclui-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário.	Diagnose e terapia – informar em reais o valor consolidado do total com exames de diagnose e terapias, independente se foram ou não pagos. Inclui-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, incluindo radiologia, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário.

		beneficiário.
2.6	Quantidade de guias – informar por prestador, o total de guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.	Quantidade de guias – informar por prestador e por tipo de guia, o total de guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.
2.7	Quantidade de itens – informar por prestador, o total de itens constantes nas guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS,	Quantidade de itens – informar por prestador, o total de itens (material, medicamento, OPME, procedimentos, diárias e taxas e tabela própria da operadora) constantes nas guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.
2.8	Valor - informar por prestador, o valor total das guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.	Valor - informar por prestador e por tipo de guia, o valor total das guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.
2.11	Quantidade de guias – informar o total de guias recebidas.	Quantidade de guias – informar o total de guias recebidas por prestador e por tipo de guia.
2.13	Valor - informar por prestador, o valor total das guias recebidas. O somatório de todas as linhas desta coluna, dever igual ao somatório das colunas 1.7 (valores dos eventos de atenção à saúde da rede contratada, credenciada) e 1.8 (valores dos eventos de atenção à saúde da rede de serviços próprios da operadora) da questão 1.	Valor - informar por prestador e por tipo de guia, o valor total das guias recebidas. O somatório de todas as linhas desta coluna, dever igual ao somatório das colunas 1.7 (valores dos eventos de atenção à saúde da rede contratada, credenciada) e 1.8 (valores dos eventos de atenção à saúde da rede de serviços próprios da operadora) da questão 1.
3.3	Leitura de cartão magnético – informar a quantidade de prestadores que utilizam a leitura de cartão magnético para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.	Leitura eletrônica de cartão – informar a quantidade de prestadores que utilizam a leitura de cartão magnético para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.
3.4	Outros métodos – informar a quantidade de prestadores que utilizam outros métodos eletrônicos, exceto biometria e leitura de cartão magnético, para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.	Outros métodos – informar a quantidade de prestadores que utilizam outros métodos eletrônicos, incluindo acesso por portal web, exceto biometria e leitura de eletrônica de cartão, para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.

3.5	Forma não eletrônica – informar a quantidade de prestadores que utilizam forma não eletrônica como método de verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.	Forma não eletrônica – informar a quantidade de prestadores que utilizam forma não eletrônica (consulta telefônica, apresentação de carteira do beneficiário, etc) como método de verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.
5	Certificado digital – informar a condição de implantação de certificado digital no servidor da operadora e número de prestadores usuários.	Certificado digital – informar a condição de implantação de certificado digital no servidor da operadora (próprio, terceirizado ou de entidade representativa) e número de prestadores usuários.
5	Certificado digital é uma credencial que identifica a empresa. O certificado digital gera um arquivo que contém um conjunto de informações da empresa, que possibilita transmissões de dados de forma rápida, sigilosa e com validade jurídica.	Certificado digital é uma credencial que identifica a empresa. O certificado digital é um arquivo que contém um conjunto de informações da empresa, que possibilita transmissões de dados de forma sigilosa.
5.1	Certificado digital no servidor da operadora – informar a condição de implantação de certificado digital no servidor da operadora, utilizado para Troca de Informação da Saúde Suplementar (Padrão TISS), sendo: "S" para sim ou "N" para não.	Certificado digital no servidor da operadora – informar a condição de implantação de certificado digital no servidor da operadora (próprio, terceirizado ou de entidade representativa), utilizado para Troca de Informação da Saúde Suplementar (Padrão TISS), sendo: "S" para sim ou "N" para não.
5.2	Identificação do certificado – informar a denominação do certificado digital utilizado pela operadora.	Identificação do certificado – informar a denominação (nome comercial) do certificado digital utilizado pela operadora (próprio, terceirizado ou de entidade representativa).
5.3	Quantidade de prestadores – informar o número de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora que utilizam a certificação digital para comunicação do Padrão TISS.	Quantidade de prestadores – informar o número de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora que utilizam a certificação digital próprio para comunicação do Padrão TISS.
7.3	No item 7.3, deve informar se o acesso com <i>login</i> e senha permite que o beneficiário acesse a rede de prestadores do plano contratado.	No item 7.3, deve informar se o acesso com <i>login</i> e senha permite que o beneficiário acesse a rede de prestadores do plano contratado, mesmo que já exista acesso à rede em área não logada.
7.5	Para acesso a outros dados do beneficiário	Para acesso a outros dados ou serviços

2) Componente Organizacional do Padrão TISS

Item	Texto na proposta ANS	Texto acordado na 56ª reunião do COPISS
006 item inclusões	Mensagem de auditoria	Retirar.
006 item inclusões	Terminologia de Órteses, Prótese e Materiais Especiais - OPME	Terminologia de materiais e órteses, próteses e materiais especiais (OPME)
006 quadro resumo	Mensagem para auditoria	Retirar.
013	O Padrão TISS comprehende as trocas de dados de atenção à saúde prestada em beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde, com a finalidade de: (RN xxx)	O Padrão TISS comprehende as trocas dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde, com a finalidade de: (RN xxx)
025	O tipo de dado informa se o termo é representado por um campo do tipo data, hora, <i>string</i> ou numérico	O tipo de dado informa se o termo é representado por um campo do tipo data, hora com sete dígitos para milissegundos, <i>string</i> ou numérico
025	O formato informa a representação do dado, em determinados tipos de dados. Exemplo: DDMMAAA para datas ou HH:MM para hora;	O formato informa a representação do dado, em determinados tipos de dados. Exemplo: DDMMAAAA para datas ou HH:MM para hora;
026	As condições de preenchimento são:	As condições de preenchimento da legenda são:
027	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_ConteudoeEstrututra AAAAMM.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_ConteudoeEstrututraA AAAMMa.ZIP, onde AAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação e a letra "a" indica que é a primeira versão do arquivo para o o Ano/Mês indicado na nomenclatura. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .
028	7. Informações de auditoria	Retirar.
029	Dados para auditoria	Retirar.
030	Mensagem para auditoria	Retirar.
032	Dados para auditoria	Retirar.

032	Cancelamento de cobranças	Cancelamento de guias
033	Entre operadoras e beneficiários é padronizado o processo de troca de informações da Saúde Suplementar de:	Entre operadoras e beneficiários, por solicitação do beneficiário, é padronizado o processo de troca de informações da Saúde Suplementar de:
036	O prestador solicitante deve entregar ao beneficiário a solicitação de exames e/ou de terapias mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da mesma para a operadora.	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.
038	Incluir um sétimo item	Cancelamento de guia
038 item 1	Solicitação de autorização	Alterar o componente de conteúdo e estrutura e de comunicação: Na mensagem de solicitação de autorização, passar a condição do contratado de obrigatório para condicionado a fim de identificar se é uma "solicitação de execução"
038 item 4	Situação da autorização: é a mensagem da operadora para o prestador informando se a autorização do serviço de saúde foi ou não concedida	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.
038 item 4 e 5	Situação de autorização e Lote de anexos	Inverter a ordem entre os itens 4 e 5
038 item 5	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 em separado da guia principal de cobrança de odontologia.	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.
039 item 5	Cancelamento de cobrança	Cancelamento de guia
041 e 42		Inverter a ordem dos dois
041 item 4	Resposta do recurso de glosa: é a mensagem da operadora para o prestador acatando, ou não, o recurso de glosa ou enviando um novo protocolo do recebimento do recurso.	Resposta do 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.

042	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 anteriormente	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.
043	Processo de envio de informações para auditoria	Retirar.
046	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. (RN xxx)	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 xxx)
050	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_Representação de ConceitosAAAAMM.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_Representação de ConceitosAAAAMM.a.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação e a letra "a" indica que é a primeira versão do arquivo para o o Ano/Mês indicado na nomenclatura. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .
058	O padrão de segurança e privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde. (RN xxx)	O componente de segurança e privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde. (RN xxx)
064	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_SegurançaAAAAMM.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_SegurançaAAAAMM.a.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação e a letra "a" indica que é a primeira versão do arquivo para o o Ano/Mês indicado na nomenclatura. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .

065	O padrão de comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. (RN xxx).	O componente de comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. (RN xxx).
067	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 upload/download, para a troca de informações de atenção à saúde prestada nos seus beneficiários de planos de saúde. (RN xxx).	Reavaliar texto em função da inclusão do artigo 6 da RN 190.
068	Os prestadores de serviços de saúde têm a prerrogativa de escolher a forma de comunicação para a troca eletrônica, entre portal para <i>upload/download</i> ou webservices. (RN xxx)	Reavaliar texto em função da inclusão do artigo 6 da RN 190.
071	A interrupção do serviço de troca eletrônica não pode importar em descontinuidade no atendimento assistencial ao beneficiário de plano de saúde privado, devendo os agentes garantirem a segurança e a privacidade dos dados. (RN xxx)	A interrupção do serviço de troca eletrônica não pode importar em descontinuidade no atendimento assistencial ao beneficiário de plano de saúde privado, devendo os agentes garantirem a segurança e a privacidade dos dados. (RN xxx)
072	O padrão de comunicação é apresentado na forma de arquivos de <i>schemas XML</i> que devem ser utilizados para gerar e validar os arquivos de dados para troca eletrônica de informações do padrão.	O componente de comunicação é apresentado na forma de arquivos de <i>schemas XML</i> e descritores WSDL que devem ser utilizados para gerar e validar os arquivos de dados para troca eletrônica de informações do padrão.
074	<input type="checkbox"/> tissTransmiteMensagemV3_0_0_0.wsdl	retirar
075	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_ComunicacaoAAAAMM.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .	O nome do arquivo que dispõe todos os <i>schemas XML</i> do padrão é PadrãoTISS_ComunicacaoAAAAMM.ZIP, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do componente de comunicação e a letra "a" indica que é a primeira versão do arquivo para o o Ano/Mes indicado na nomenclatura. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.ans.gov.br .
087	Lote auditoria	Retirar.

099	ReciboLote Auditoria	Retirar.
099 quadro	LoteAuditoria	Retirar.
099 quadro	ReciboLoteAuditoria	Retirar.
123	A mensagem Recebimento do Recurso de Glosa tem as seguintes guias para contingência:	A mensagem Recebimento do Recurso de Glosa, com a análise do recurso realizado pela operadora, tem as seguintes guias para contingência:
126	A mensagem de informações para Auditoria não tem guia padronizada no plano de contingência	Retirar.
127	A mensagem de Protocolo de Recebimento das Informações de Auditoria não tem guia padronizada no plano de contingência.	Retirar.
129	A 5 ^a e 6 ^a posições (ZZ) indicam o último bloco da identificação da versão e será modificado quando ocorrer uma correção em qualquer mensagem/legenda	A 5 ^a e 6 ^a posições (ZZ) indicam o último bloco da identificação da versão e será modificado na correção de um erro em qualquer mensagem/legenda
136	Lote auditoria	Retirar.
137	A mensagem DemonstrativosRetorno deve ter, no máximo, 30 demonstrativos em cada lote.	Retirar. alterar <i>schema</i> XML retirando o limite de 30 ocorrências.
139	A solicitação de alteração do Padrão TISS se dará através de envio de pedido formal à ANS em formulário ou página na web disponibilizada pela ANS denominado Solicitação de Alteração do Padrão TISS (SOP-TISS).	A solicitação de alteração do Padrão TISS se dará através de envio de pedido formal à ANS em formulário ou página na web disponibilizada pela ANS denominado Solicitação de Alteração do Padrão TISS.
142	Campo 2 - Tipo do demandante: deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo: ver relação da CP43	Campo 2 - Tipo do demandante: deve ser preenchido conforme tabela de domínio abaixo:
142 quadro resumo	código 122,123,148,149	Retirar.
143	<input type="checkbox"/> Caso a demanda tenha preenchido todos os requisitos e seja avaliada como pertinente, o caso é encaminhado ao grupo técnico (GT) do COPISS e ao COPISS;	<input type="checkbox"/> 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;

Acordado a inclusão da seguinte regra:

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

Acordado as inclusões das regras estabelecidas em normativos vigentes:

- 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).
- 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 190).
- No Portal TISS deverão estar disponíveis, considerando todos os requisitos de segurança estabelecidos na RN nº 153, de 2007 da ANS, no mínimo: (RN 190)
 - I. Os manuais de preenchimento e as instruções do Padrão TISS;
 - II. As informações para dúvidas e esclarecimentos, incluindo aquelas dispostas no art. 9º desta Resolução;
 - III. A entrada de dados para o processo de elegibilidade e o faturamento do Padrão TISS;
 - IV. Os mecanismos de recepção das guias e a entrega dos demonstrativos de retorno;
 - V. O endereço dos webservices disponibilizados pela operadora de plano privado de assistência à saúde; e
 - VI. O atalho para acesso ao conteúdo sobre o Padrão TISS disponibilizado pela ANS.

Acordado as inclusões das demais regras estabelecidas nos normativos na nova versão do Padrão TISS, que deverão ser revisadas após análise dos normativos pela Procuradoria da ANS.:

- As operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar, sem ônus e quando solicitado, ao beneficiário, ou ao seu responsável legal ou ainda a terceiros formalmente autorizado por ele, as informações de atenção à saúde do padrão TISS. (RN xxx).
- Os dados do padrão TISS serão enviados à ANS em conformidade ao estabelecido nos componentes do Padrão TISS. (RN xxx).
- 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 xxx).
- O não cumprimento dos prazos do envio dos dados para a ANS configurará infração administrativa prevista nos artigos 34 e 35 da RN 124, de 30 de março de 2006. (RN xxx).
- A data limite para adoção do padrão TISS é xxxxx (RN xxx).
- Após xxxxx é obrigatória a adoção do padrão TISS (RN xxx).
- O envio dos dados do padrão TISS para a ANS é devido pela operadora de plano privado de assistência à saúde a partir da competência xxxxx. (RN xxx).
- As futuras versões do Padrão TISS identificarão os prazos referentes ao início da vigência, limite para implantação e de fim de vigência.
- 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.
- 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 xxx).
- Aplica-se para as operadoras de planos privados de assistência à saúde o padrão TISS estabelecido pela RN nº 153, de 2007, até xxxxx, somente se não adotarem até esta data, o novo padrão TISS.(RN xxx).
- 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 xxx).

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

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 2012.

Marizélia Leão Moreira

ANS

Benício P. Mesquita

CFO

Carlos Eduardo Moura

CBR

Eduardo de Oliveira

FBH

Erimar Carlos B. de Abreu

CMB

Giorgio Bottin

SAS/MS

João de Lucena Gonçalves

CNS

José Ramon V. Blanco

CFM

Julio Di Maio

ANS/DIDES

Luciana Y. Tamada

Unimed do Brasil

Luis Gustavo Kiatake

SBIS

Luiz Antônio de Biase

ABRAMGE

Murilo Alves Moreira
ANAHP

Paulo Roffee Azevedo
SBPC/ML

Renato Abreu Filho
UNIDAS

Silvio Sanchez
SINOOG

Sônia Bastos
FENASAÚDE