

PADRÃO TISS

organiza**cional**

Maio 2026

Sumário

Sumário	2
I. Versão do Componente Organizacional	5
II. Componente Organizacional.....	5
Finalidade.....	5
Definição	5
III. Exposição de motivos da atualização.....	5
IV. Histórico das alterações	6
Metodologia	13
Entidades de referência	13
V. Padrão TISS	14
Finalidade.....	14
Diretriz.....	14
Escopo	15
VI. Componente de Conteúdo e Estrutura	17
Definição	17
Formato de apresentação	17
Identificação do arquivo que dispõe o componente	18
Processos padronizados no Padrão TISS	18
Trocas de informações estabelecidas no Padrão TISS	19
Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.....	19
Entre operadoras e beneficiários.....	20
Do prestador solicitante para o beneficiário.....	21
Lista de mensagens por processo padronizado	21
Padronização de biometria de impressão digital.....	28
Vinculação entre as guias	28
Numeração do sequencial de referência do procedimento ou item assistencial.....	34
Utilização de código de barras	35
VII. Componente de Representação de Conceitos em Saúde	35
Definição	35
Formato de apresentação	36
Usos das principais tabelas da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS	36
TUSS 18 - Terminologia de diárias, taxas e gases medicinais	37
TUSS 19 - Terminologia de materiais e órteses, próteses e materiais especiais (OPME)	38
TUSS 20 - Terminologia de medicamentos	41
TUSS 22 - Terminologia de procedimentos e eventos em saúde.....	42
Tabela 38 - Terminologia de mensagens (glosas, negativas e outras).....	44
TUSS 63 - Terminologia de Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para a ANS e TUSS 64 - Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS.....	44

Identificação do arquivo que dispõe o Componente	45
Lista de Terminologias.....	45
Controle de alteração das terminologias	45
Tabela própria da operadora	47
VIII. Componente de Segurança e Privacidade	49
Definição	49
Escopo	49
Formato de apresentação	49
Identificação do arquivo que dispõe o componente	50
IX. Componente de Comunicação	50
Definição	50
Formato de apresentação	51
Identificação do arquivo que dispõe o Componente.....	53
Validação dos arquivos XML	53
Assinatura Digital	53
Senhas – formato de transmissão.....	54
HASH MD-5	54
Lista de mensagens	55
Plano de contingência	60
Versionamento dos Componentes do Padrão TISS	63
Identificação da vigência dos Componentes do Padrão TISS.....	63
Validação da versão dos Componentes do Padrão TISS	64
Outras regras operacionais	65
X. Regras para o envio de dados à ANS.....	65
Modelos de remuneração entre operadoras e prestadores, relativos aos eventos de atenção à saúde	66
Informação das despesas assistenciais no envio de dados para a ANS.....	68
Regras gerais para o envio de dados à ANS	72
Regras para informação dos eventos/guias de atendimento	76
Regras para informação de contratação por valor preestabelecido	90
Regras para informação de fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários.....	93
Regras para informação de outras despesas assistenciais	95
XI. Acompanhamento dos dados enviados à ANS pelas operadoras.....	96
XII. Prazos.....	96
XIII. Penalidades	98
XIV. Atualização do Padrão TISS	99
Regras de solicitação de alteração do Padrão TISS.....	99
Processo de Alteração do Padrão TISS.....	112
XV. Divulgação de novas versões	116
XVI. Glossário	116

Figura 1 - Diagrama dos Componentes do Padrão TISS	17
Figura 2 – Troca de informações em diferentes versões dos Componentes	65
Figura 3 – Modelo de Ofício de solicitação de aprimoramento do Padrão TISS	100
Figura 4 – Modelo de Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS	101
Figura 5 - Modelo de Documento de Solicitação de Alteração da Terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde (TUSS 22) do Padrão TISS	102

I. Versão do Componente Organizacional

1. Esta versão do Componente Organizacional é identificada por **202605**.

II. Componente Organizacional

Finalidade

2. A finalidade do Componente Organizacional é estabelecer o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS.

Definição

3. O Componente Organizacional do Padrão TISS contém:
 - Nomeação da versão e data de publicação;
 - 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

4. Atualização da Terminologia de Materiais e OPME (tabela 19), da Terminologia de Medicamentos (tabela 20), da Terminologia da Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64), do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS). Atualização do Componente Organizacional.

IV. Histórico das alterações

5. As alterações na versão de MAI/2026 são:

Inclusões

- 5.1. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 14.058 termos na terminologia de Materiais e OPME (tabela 19);
- 5.2. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 533 termos na terminologia de Medicamentos (tabela 20);
- 5.3. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 14.591 termos na Terminologia de forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64).

6. As alterações na versão de MAR/2026 são:

Inclusões

- 6.1. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 13.820 termos na terminologia de Materiais e OPME (tabela 19);
- 6.2. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 312 termos na terminologia de Medicamentos (tabela 20);
- 6.3. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 2 termos na terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde (tabela 22);
- 6.4. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 14.134 termos na Terminologia de forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64).
- 6.5. No Componente Organizacional foi incluído, em Tabela própria da operadora, o seguinte item: "Configura infração ao regramento setorial instituído pela ANS, passível de aplicação de penalidades, caso a efetivação do atendimento, fornecimento do item requerido ou de reembolso de valor contratualizado com a operadora e solicitado pelo beneficiário, seja negado, condicionado ou

postergado sob a alegação de ausência de código da TUSS ou de código de tabela própria adotado pela operadora”.

6.6. No Componente Organizacional foi incluído, em Tabela própria da operadora, o seguinte item: “Também constitui infração a exigência de que o beneficiário informe o código TUSS ou de tabela própria para a efetivação do atendimento, fornecimento do item requerido ou de reembolso de valor contratualizado com a operadora, uma vez que tais códigos são de responsabilidade das operadoras e prestadores de serviços de saúde, no que diz respeito à sua utilização na troca de informações entre esses agentes da saúde suplementar”.

7. As alterações na versão de JAN/2026 são:

Inclusões

7.1. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 15.614 termos na terminologia de Materiais e OPME (tabela 19);

7.2. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 304 termos na terminologia de Medicamentos (tabela 20);

7.3. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 15.918 termos na Terminologia de forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64).

Alterações

7.4. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foi alterado 1 termo na Terminologia de Mensagens de glosas, negativas e outras (tabela 38).

8. As alterações na versão de NOV/2025 são:

Inclusões

8.1. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 20.812 termos na terminologia de Materiais e OPME (tabela 19);

- 8.2. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 473 termos na terminologia de Medicamentos (tabela 20);
- 8.3. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 21.285 termos na Terminologia de Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64).
- 8.4. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram incluídos 144 termos na Terminologia de Mensagens de glosas, negativas e outras (tabela 38).
- 8.5. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foi incluído 1 termo na Terminologia de Versão do Componente de Comunicação do Padrão (tabela 69).
- 8.6. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foi incluído 1 termo na Tabela das terminologias unificadas da saúde suplementar (Tabela 87).
- 8.7. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foi incluída a Terminologia de Centro de Consumo (tabela 82), com 10 termos.
- 8.8. No Componente de Segurança e Privacidade foram incluídos 2 requisitos.
- 8.9. No componente Organizacional, seção VI - Componente de Conteúdo e Estrutura / Lista de mensagens por processo padronizado, item Processo de envio e recebimento de documentos, foi incluído o subitem:
- “A mensagem de envio de documentos deve obrigatoriamente ser assinada pelo prestador conforme os requisitos técnicos da seção V – Padrão TISS (Escopo) acerca de certificado digital e da seção IX - Componente de Comunicação (Formato de Apresentação e Assinatura Digital), independentemente do tipo de documento que transporta, podendo estes, eventualmente ou por acordo entre as partes, serem documentos assinados pelos profissionais de saúde.”
- 8.10. No Componente Organizacional, seção VIII - Componente de Segurança e Privacidade, foi incluído item com a delimitação do escopo do componente.

O conteúdo do item já estava presente no cabeçalho de todas as páginas do componente.

- 8.11. No Componente Organizacional, seção XII – Prazos, foi incluído item acerca do prazo para a alteração do preenchimento do CNPJ, de numérico para alfanumérico, conforme o estabelecido pela Instrução Normativa RFB nº 2.229/2024.
- 8.12. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na mensagem Demonstrativo de Análise de Conta foi incluído o termo (campo) “Observação” no final das informações da guia (após o “Valor glosa da guia”).
- 8.13. No Componente de Conteúdo e Estrutura, na mensagem loteGuia (Guia de Honorários) e na Guia de Honorários do Plano de Contingência, foi incluindo o termo (campo) “Caráter do atendimento”.
- 8.14. No Componente de Conteúdo e Estrutura, nas mensagens loteGuia (Guia de Resumo de Internação e Outras Despesas – internação), recursoGlosa e demonstrativosRetorno, e nas respectivas guias do Plano de Contingência, foi incluindo o termo (campo) “Centro de Consumo”.
- 8.15. No Componente de Comunicação, schemas TissSimpleTypesV4_03_00 e tissSimpleTypesMonitoramentoV1_06-00, foi o incluído valor “027” no elemento dm_versaoPrestador, referente à versão 04.03.00.
- 8.16. No Componente de Comunicação, schema TissSimpleTypesV4_03_00, foi o incluído o elemento dm_centroConsumo.
- 8.17. No Componente de Comunicação, schemas TissSimpleTypesV4_03_00 e tissSimpleTypesMonitoramentoV1_06-00, foram incluídos no elemento dm_tipoGlosa os códigos dos 144 novos termos da Terminologia de Mensagens de glosas, negativas e outras (tabela 38), com as respectivas descrições comentadas.
- 8.18. No Componente de Comunicação, o schema tissSimpleTypesMonitoramentoV1_06_00, foi incluída a versão 01.06.00, mantendo-se a versão 01.05.00, no elemento "dm_versao_monitor".

- 8.19. No Componente de Comunicação, schema tissGuiasV4_03_00, "ctm_honorarioIndividualGuia" foi incluído o elemento "caraterAtendimento" no complex type "dadosInternacao".
- 8.20. No Componente de Comunicação, schema tissGuiasV4_03_00, "ctm_recursoGlosa" foi incluído o elemento dm_centroConsumo no complex type "itensGuia".
- 8.21. No Componente de Comunicação, schema tissComplexTypesV4_03_00, em ct_contaMedicaResumo, ct_procedimentoExecutado, ct_procedimentoExecutadoInt e ct_procedimentoExecutadoOutras foi incluído o elemento dm_centroConsumo.
- 8.22. No Componente de Comunicação, schema tissComplexTypesV4_03_00, em ct_contaMedicaResumo, foi incluído o elemento "observacao" após o grupo de elementos com os valores das guias.

Alterações

- 8.23. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram alterados 10 termos na Terminologia de forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS (tabela 64).
- 8.24. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram alterados 45 termos na Terminologia de Mensagens de glosas, negativas e outras (tabela 38).
- 8.25. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram alterados 17 termos na Terminologia de Tipo do documento (tabela 81), pela exclusão dos itens da coluna "Requer assinatura digital na mensagem de envio?".
- 8.26. No componente de Segurança e Privacidade foram alterados 5 requisitos com a respectiva inativação da redação anterior dos requisitos alterados.
- 8.27. No componente Organizacional, seção V – Padrão TISS / Escopo, o item 21 da versão 202309 foi alterado:

De: "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."

Para: "O certificado digital ICP-Brasil a que se refere o item anterior, assim como aqueles utilizados para assinatura pelas operadoras e prestadores, deve ser do tipo e-CNPJ referente à instituição que está transmitindo a mensagem, e se destina a realização de assinatura digital das mensagens eletrônicas, a fim de garantir a integridade e identificar sua origem institucional, agregando a propriedade de não-repúdio. Caso o agente atue como pessoa física o certificado deverá ser o e-CPF."

8.28. No Componente Organizacional, o processo de troca "Comunicação de internação ou alta do beneficiário" foi incluído na lista de processos de implantação eletrônica obrigatória e excluído da lista de processos de implantação eletrônica opcional.

8.29. No Componente Organizacional, seção XII – Prazos, foram atualizadas as informações referentes às datas de fim de implantação, e início e fim de vigência.

8.30. No componente de Conteúdo e Estrutura a condição de preenchimento do termo (campo) Cobertura Especial foi alterada de "Opcional" para "Condicionado" em todas as mensagens e nas guias do Plano de Contingência em que o termo está presente.

8.31. No componente de Conteúdo e Estrutura, na mensagem Envio de Documentos, a descrição do termo (campo) "Assinatura digital do prestador" foi alterada:

De: "Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem."

Para: "Assinatura digital do prestador que está transmitindo a mensagem. Deve ser do tipo e-CNPJ, referente à instituição. Caso o prestador atue como pessoa física, o certificado deverá ser o e-CPF."

8.32. No componente de Conteúdo e Estrutura, na mensagem Envio de Documentos, a condição de preenchimento do termo (campo) "Assinatura

digital do prestador” foi alterada:

De: Condicionado. “A mensagem deve ser assinada quando o tipo de documento requerer assinatura digital, conforme tabela de domínio nº 81.”

Para: “Obrigatório”.

8.33. No componente de Comunicação, os *simple types* “st_CNPJ” e “st_CNPJCPFPadrao” foram alterados para adequação do CNPJ ao padrão alfanumérico (Instrução Normativa RFB nº 2.229): raiz (8 caracteres alfanuméricos) – ordem do estabelecimento (4 caracteres alfanuméricos) e dígito verificador (2 caracteres numéricos):

De <simpleType name="st_CNPJ">

<restriction base="string">

<pattern value="[0-9]{14}"/>

</restriction>

</simpleType>

<simpleType name="st_CNPJCPFPadrao">

<restriction base="string">

<pattern value="[0-9]{11,14}"/>

</restriction>

</simpleType>

Para <simpleType name="st_CNPJ">

<restriction base="string">

<pattern value="[A-Z0-9]{12}[0-9]{2}"/>

</restriction>

</simpleType>

<simpleType name="st_CNPJCPFPadrao">

<restriction base="string">

<pattern value="[A-Z0-9]{12}[0-9]{2}|[0-9]{11}"/>

</restriction>

</simpleType>

Exclusões

- 8.34. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram inativados 16.083 termos na Terminologia de Materiais e OPME (tabela 19).
- 8.35. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde foram inativados 314 termos na Terminologia de Mensagens de glosas, negativas e outras (tabela 38).
- 8.36. No Componente de Segurança e Privacidade foram inativados 17 requisitos que foram submetidos a inativação em versões anteriores do Componente.

Metodologia

9. A metodologia para a construção 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).
10. As solicitações de alteração acatadas pela ANS resultaram em novas versões dos componentes:
- Versão 202605 do Componente Organizacional;
 - Versão 202605 do Componente de Representação de Conceitos em Saúde;
 - Versão 202511 do Componente de Conteúdo e Estrutura;
 - Versão 202511 do Componente de Segurança e Privacidade
 - Versões 04.03.00 e 01.06.00 do Componente de Comunicação.

Entidades de referência

11. As entidades de referência são aquelas destinadas a validar proposições de alterações do Padrão TISS e dirimir dúvidas técnicas de questões do Padrão TISS.

Quadro 1 - Entidades de referência do Padrão TISS.

Entidades	Sigla	Termos/Requisitos
Associação Médica Brasileira	AMB	Termos de medicina
Conselho Federal de Odontologia	CFO	Termos de odontologia
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ANVISA	Termos de medicamentos, materiais, próteses e órteses
Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços	CNSaúde	Termos de diárias, taxas e gases medicinais
Sociedade Brasileira de Informática em Saúde	SBIS	Requisitos de segurança e privacidade das informações

Fonte: Elaborado pelos autores.

V. Padrão TISS

Finalidade

12. 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 501)
- 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

13. 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 501).

14. 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).

15. 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

16. O Padrão TISS abrange a troca de informações de atenção à saúde entre os seguintes agentes da Saúde Suplementar: (RN 501)

- 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.

17. 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.

18. 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 planos privados de assistência à saúde: (RN 501)

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

19. 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 501).

20. 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 501).

21. O Padrão TISS não abrange os dados referentes aos eventos de atenção à saúde oriundos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. (RN 501).

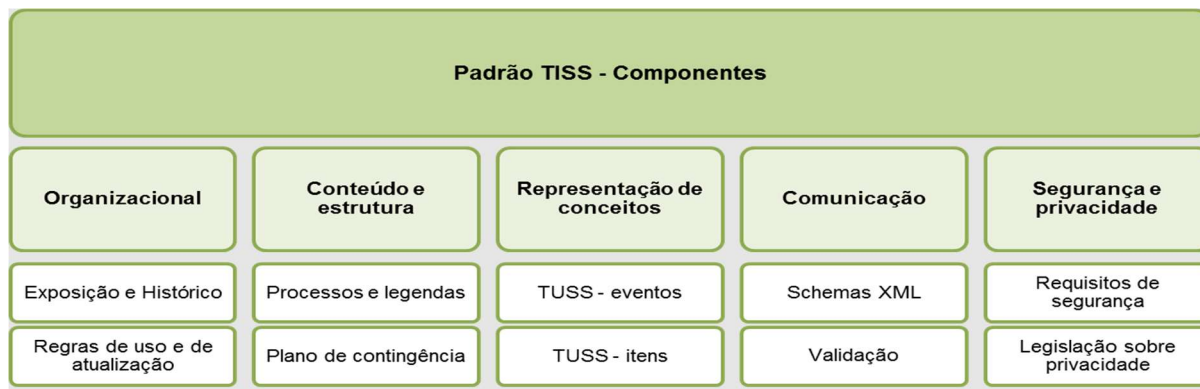
22. É vedado às operadoras de plano privado de assistência à saúde alterar o Padrão TISS. (RN 501).

23. 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 por via eletrônica no Padrão TISS, com certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada junto à ICP-Brasil. (RN 501).

24. O certificado digital ICP-Brasil a que se refere o item anterior, assim como aqueles utilizados para assinatura pelas operadoras e prestadores, deve ser do tipo e-CNPJ referente à instituição que está transmitindo a mensagem, e se destina a realização de assinatura digital das mensagens eletrônicas, a fim de garantir a integridade e identificar sua origem institucional, agregando a propriedade de não-repúdio. Caso o agente atue como pessoa física o certificado deverá ser o e-CPF.

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

Figura 1 - Diagrama dos Componentes do Padrão TISS



Fonte: Elaborado pelos autores.

VI. Componente de Conteúdo e Estrutura

Definição

26. 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 501).

Formato de apresentação

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

28. 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 (Plano de Contingência);
- O nome do campo na guia identifica como está impresso a identificação do termo na guia em papel (Plano de Contingência);
- O tipo de dado informa se o termo é representado por um campo do tipo data, hora com sete dígitos para milissegundos, string, binário 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 e como deve ser informado o conteúdo do termo.

29. As condições de preenchimento da legenda são:

- Obrigatório: a situação na qual o termo deve ser preenchido, incondicionalmente;
- Condicionado: 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

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

Processos padronizados no Padrão TISS

31. Fica vedada a exigência por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, em quaisquer circunstâncias, do preenchimento do Código Internacional de Doenças - CID nas guias de Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS, em decorrência de decisão judicial.
32. A utilização de qualquer tecnologia por parte das operadoras, destinada à identificação ou comprovação da presença do beneficiário no local de atendimento, por meio da apresentação de códigos de validação ou similares, é livre nas situações em que tal prática não configure mecanismo de regulação. Nos casos em que a tecnologia empregada configurar algum tipo de mecanismo de regulação, sua utilização deve respeitar o disposto nos normativos da Agência. Nesse sentido, destaca-se que, de acordo com o disposto no art. 4º da resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 08, de 3 de novembro de 1998, as operadoras de planos ou seguros

privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

- a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de coparticipação e de todas as condições para sua utilização;
- b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

33. A utilização de tecnologias caracterizadas como mecanismos de regulação, em desacordo aos pressupostos da CONSU nº 08/1998 ou à legislação que a substitua, configura infração ao regramento setorial.

34. Os processos padronizados no Padrão TISS são:

- Verificação de elegibilidade;
- Autorização de procedimentos;
- Cobrança de serviços;
- Comunicação de internação ou alta de beneficiário;
- Recurso de glosa;
- Envio e recebimento de documentos;
- Demonstrativos de retorno;
- Informações para a ANS;
- Informações para o beneficiário;
- Comprovante Presencial.

Trocas de informações estabelecidas no Padrão TISS

Entre operadoras e prestadores de serviços de saúde

35. 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;

- Envio e recebimento de documentos;
- Recurso de glosa;
- Comprovante presencial.

36. 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);
- Comunicação de internação ou alta do beneficiário;
- Demonstrativos de retorno;
- Recurso de glosas;

37. 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);
- Envio e recebimento de documentos.

38. 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).

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

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

Entre operadoras e beneficiários

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

- Envio de dados de utilização;
- Informações acerca da negativa de autorização;
- Informações acerca dos procedimentos de parto.

42. 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 501).

Entre operadoras e ANS

43. Entre operadoras e ANS são padronizados os processos de troca de informações de dados de atenção à saúde dos beneficiários da Saúde Suplementar denominado **Envio de dados para a ANS** e de monitoramento da qualidade dos dados incorporados na ANS denominado **Monitoramento da qualidade dos dados incorporados na ANS**.
44. Os dados do Padrão TISS serão enviados à ANS em conformidade ao estabelecido nos componentes do Padrão TISS. (RN 501).
45. 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 501).
46. O detalhamento do envio de dados à ANS encontra-se no tópico Regras para o envio de dados à ANS deste Componente.

Do prestador solicitante para o beneficiário

47. O prestador solicitante deve fornecer ao beneficiário a solicitação de exames, terapias ou internação, mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da solicitação para a operadora.

Lista de mensagens por processo padronizado

48. **Processo de verificação de elegibilidade do beneficiário.**

- 48.1. Nesse processo o prestador de serviços de saúde verifica, junto à operadora, a situação do beneficiário para a realização de determinado

procedimento. Para tanto são necessários os campos de identificação do beneficiário, bem como do prestador executante do procedimento.

48.2. Elegibilidade: é a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando a situação de determinado beneficiário junto à operadora quanto aos seus direitos contratuais.

48.3. 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 deve identificar o motivo da negativa.

49. Processo de autorização de procedimentos.

49.1. Nesse processo o prestador de serviços de saúde solicita autorização da operadora para que o beneficiário possa realizar um determinado procedimento. Assim, é necessário identificar o beneficiário, o prestador solicitante e executante e os procedimentos/itens assistenciais para os quais está sendo solicitada a autorização. Podem ser necessários ainda esclarecimentos quanto à situação de saúde do beneficiário com vistas à autorização do procedimento solicitado.

49.2. Solicitação de autorização: é a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando autorização para realização de algum serviço de saúde.

49.3. Autorização de serviços: é a mensagem de resposta da operadora para o prestador a um pedido de autorização para execução de serviço de saúde. Todos os procedimentos e itens assistenciais enviados na Solicitação de autorização devem constar na respectiva Autorização de serviços, inclusive aqueles que não tiverem sido autorizados.

49.4. Solicitação de status de autorização: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando uma resposta a uma solicitação de autorização enviada anteriormente.

49.5. 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 e em separado da guia principal de cobrança de odontologia.

49.6. 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 se encontra em análise pela operadora.

49.7. Recebimento anexos: é a mensagem da operadora para o prestador fornecendo um protocolo de recebimento da mensagem de lote de anexos.

49.8. Cancelamento de guia: é a mensagem do prestador para a operadora que solicita o cancelamento de um lote de guias, guias ou recurso de glosa enviados anteriormente;

49.9. Recibo do cancelamento de guia: é a mensagem da operadora para o prestador com a confirmação, ou não, do cancelamento de um lote de guias, guias ou recurso de glosa.

50. Processo de cobrança de serviços de saúde.

50.1. Através desse processo o prestador de serviços de saúde envia à operadora a cobrança dos serviços realizados. Para tanto, é necessário identificar o beneficiário, o prestador solicitante e executante e os procedimentos/itens assistenciais envolvidos. Podem ser necessários ainda esclarecimentos quanto à situação de saúde do beneficiário que deu origem ao atendimento realizado e cobrado.

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

50.3. 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.

50.4. Solicitação de status de protocolo: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando a situação do protocolo de um lote ou documento enviado anteriormente.

50.5. Situação do protocolo: é a mensagem da operadora para o prestador com a situação de um protocolo com todas as guias contidas neste.

50.6. Cancelamento de guia: é a mensagem do prestador para a operadora que solicita o cancelamento de um lote de guias, guias ou recurso de glosa enviados anteriormente.

50.7. Recibo do cancelamento de guia: é a mensagem da operadora para o prestador com a confirmação, ou não, do cancelamento de um lote de guias, guias ou recurso de glosa.

51. Processo de comunicação de internação ou alta de beneficiário.

51.1. Nesse processo ocorre a comunicação sobre a internação ou alta do beneficiário. Para tanto, é necessário identificar o beneficiário.

51.2. Comunicação de internação/alta: é a mensagem do prestador para a operadora com a informação da data de internação ou alta de um beneficiário.

51.3. Recibo de comunicação: é a mensagem da operadora para o prestador de recebimento da comunicação de internação ou alta de um beneficiário.

52. Processo de emissão de demonstrativos de retorno.

52.1. Através desse processo o prestador de serviços de saúde solicita os demonstrativos de pagamento e/ou análise de conta enviados à operadora. Para tanto, é necessário identificar o beneficiário, o prestador executante e os procedimentos/itens assistenciais envolvidos.

52.2. 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. O prestador deve informar o número do protocolo, gerado pela operadora, de recebimento do lote de cobrança de guias.

52.3. 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.

53. Processo de envio e recebimento de documentos.

53.1. Através desse processo o prestador de serviços de saúde encaminha documentos que possam ser necessários para os processos de solicitação, autorização, cobrança e/ou recurso de glosa de procedimentos/itens assistenciais.

53.2. Envio de documentos: é a mensagem do prestador para a operadora encaminhando os documentos.

53.3. Recebimento de documentos: é a mensagem da operadora para o prestador de recebimento dos documentos.

53.4. A mensagem de envio de documentos deve obrigatoriamente ser assinada pelo prestador conforme os requisitos técnicos da seção V – Padrão TISS (Escopo) acerca de certificado digital e da seção IX - Componente de Comunicação (Formato de Apresentação e Assinatura Digital), independentemente do tipo de documento que transporta, podendo estes, eventualmente ou por acordo entre as partes, serem documentos assinados pelos profissionais de saúde.

54. Processo de recurso de glosa.

54.1. Esse processo é utilizado quando o prestador recorre de glosas aplicadas pela operadora a um ou mais procedimentos/itens assistenciais apresentados na conta. Para tanto, é necessário identificar o beneficiário, o prestador executante e os procedimentos/itens assistenciais envolvidos. Podem ser necessários ainda esclarecimentos quanto à situação de saúde do beneficiário que deu origem ao atendimento realizado e recursado.

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

54.3. 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.

54.4. Solicitação de status de recurso de glosa: é a mensagem do prestador para a operadora solicitando resposta a um recurso de glosa enviado anteriormente.

54.5. 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.

55. Processo de envio de dados para a ANS.

55.1. É o processo pelo qual as operadoras enviam as informações assistenciais, prestadas a seus beneficiários, para a ANS, ou enviam arquivos informando não ter havido movimento (cobrança, pagamento ou glosa). Para tanto, é necessário identificar o beneficiário, o prestador solicitante e executante e os procedimentos/itens assistenciais envolvidos. Podem ser enviados, ainda, dados sobre a situação de saúde do beneficiário, no caso de envio de atendimentos realizados. Caso não tenha havido movimento, as operadoras devem enviar “arquivos sem movimento”, conforme schema disponível no Componente de Comunicação.

55.2. Envio de dados à ANS: é a mensagem, obrigatória e exclusivamente eletrônica, da operadora para a ANS com envio de informações dos dados de atenção à saúde, realizados nos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, ou envio de “arquivos sem movimento”.

56. Processo de envio de informações para o beneficiário.

56.1. Através desse processo a operadora informa o beneficiário sobre os serviços utilizados por ele em determinado período. Ainda, caso o beneficiário solicite, a operadora deve informá-lo sobre as eventuais negativas de cobertura aos procedimentos solicitados. Para tanto, é necessário identificar o beneficiário, o prestador solicitante e executante e os procedimentos/itens assistenciais envolvidos. Podem ser enviados, ainda, dados sobre a situação de saúde do beneficiário.

56.2. Utilização de serviços: é a definição das informações que devem ser enviadas pela operadora aos beneficiários em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 509, de 30 de março de 2022.

56.3. 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 623, de 17 de dezembro de 2024.

56.4. Informações sobre partos: é a definição do conjunto de informações que devem ser fornecidas pelas operadoras às beneficiárias em cumprimento ao estabelecido pela Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.

57. Processo de monitoramento da qualidade dos dados incorporados na ANS.

57.1. Nesse processo a ANS retorna à operadora a informação sobre inconsistências identificadas nos dados enviados.

57.2. Monitoramento da qualidade dos dados: é a rotina de identificação dos lançamentos que estão em desacordo com os critérios de qualidade definidos pela ANS.

58.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.

59.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.

Padronização de biometria de impressão digital

60. Minúcias: conforme ISO 19794-2:2005.

61. Imagem de digital:

- a. ISO-19794-4:2011/Amd 2:2015
- b. ANSI/NIST ITL 1-2011e ANSI/NIST ITL 2-2008
- c. Resolução mínima de 500 dpi.
- d. 8-bit para tons de cinza
- e. NFIQ de 1 a 3

62. Compressão WSQ.

63. Coleta pousada.

64. Transmissão da imagem obrigatória, e da minúcia opcional, para atender a fase de transição das operadoras que já usam minúcia.

Vinculação entre as guias

65. O vínculo entre as guias será realizado pelo número da guia atribuído pelo prestador de serviços. No envio de dados para a ANS, para as guias de SP/SADT de paciente internado, guias de honorário e guias resumo de internação o vínculo entre as guias será realizado pelo número de solicitação de internação. Cabe às operadoras garantir que esse número seja o mesmo entre guias de um mesmo evento de internação e que possa identificar univocamente cada evento. 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.

Guia de Consulta

Uso:

65.1. Cobrança de consultas eletivas.

Vinculação com outras guias:

65.2. Não há.

Guia de SP/SADT**Usos:**

- 65.3. Solicitação de autorização de consultas com ou sem procedimento e/ou itens assistenciais.
- 65.4. Solicitação de autorização de procedimentos ou itens assistenciais em paciente não internado.
- 65.5. Solicitação de autorização de procedimentos ou itens assistenciais em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.
- 65.6. Cobrança de consultas com ou sem procedimento e/ou despesas.
- 65.7. Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em paciente não internado.
- 65.8. Cobrança dos serviços profissionais, exames e procedimentos realizados em pacientes internados se realizado por serviço terceirizado.
- 65.9. Caso seja necessário cobrar os honorários de médicos ou outros profissionais (anestesistas, 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 com outras guias:

- 65.10. O campo "3 - Número da Guia Principal" só deve ser utilizado para se referenciar a uma guia de Solicitação de Internação ou a outra guia de SP/SADT.
- 65.11. Caso haja cobrança de honorários diretamente por médicos ou outros profissionais (anestesistas, auxiliares, etc) que participaram dos procedimentos discriminados na guia principal de SP/SADT, deve ser utilizada outra guia de SP/SADT e deve-se informar o número da guia principal de SP/SADT no campo "3 - Número da Guia Principal".
- 65.12. 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".

65.13. 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.

65.14. 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:

65.15. Solicitação de autorização de internação em regime hospitalar, hospital-dia e internação domiciliar.

Vinculação com outras guias:

65.16. Deve ser referenciada pela guia de Resumo de Internação e pela guia de honorários, caso haja cobrança de honorários diretamente pelo profissional, e sempre que houver Solicitação de Prorrogação/Complemento.

65.17. Pode ser referenciada pelo anexo de solicitação de OPME, anexo de solicitação de quimioterapia e anexo de solicitação de radioterapia.

Resumo de Internação

Usos:

65.18. Cobrança de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.

65.19. 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 com outras guias:

- 65.20. O campo "3 - Número da Guia de Solicitação de Internação" conterá o número da guia de Solicitação de Internação que originou a cobrança.
- 65.21. 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.
- 65.22. 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 o campo "3 - Número da Guia de Solicitação de Internação" contenha o número da guia de Solicitação de Internação.

Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento**Uso:**

- 65.23. Solicitação de prorrogação de internação e de novos procedimentos.

Vinculação com outras guias:

- 65.24. 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:**

- 65.25. Cobrança de honorários diretamente pelo profissional.

Vinculação com outras guias:

65.26. A guia de honorários só pode ser vinculada à guia de Solicitação de Internação.

Guia de Tratamento Odontológico**Uso:**

65.27. Cobrança, solicitação de autorização de tratamento odontológico e pode ser utilizada para comprovação de presença do beneficiário.

Vinculação com outras guias:

65.28. 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:**

65.29. 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 com outras guias:

65.30. 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 vinculado a uma guia referenciada.

Anexo de Solicitação de OPME

Uso:

65.31. Solicitação de autorização para utilização de órteses, próteses e materiais especiais.

Vinculação com outras guias:

65.32. 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:

65.33. Solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico.

Vinculação com outras guias:

65.34. 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:

65.35. Solicitação de autorização para utilização de tratamento de radioterapia.

Vinculação com outras guias:

65.36. 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:

65.37. Informar a situação inicial do paciente antes da realização do tratamento odontológico.

Vinculação com outras guias:

65.38. 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:

65.39. Comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.

Vinculação com outras guias:

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

Numeração do sequencial de referência do procedimento ou item assistencial

66. Trata-se de número que permite identificar inequivocamente cada procedimento/item da guia, de forma que não haja dúvida com relação ao que está sendo referido, principalmente quando se tratar de itens repetidos.

67. Em uma mesma guia, o sequencial de referência do procedimento ou item assistencial não pode se repetir, inclusive considerando os itens assistenciais do Anexo de Outras Despesas.

Utilização de código de barras

68. 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.
69. 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, que 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 de que a representação de cada caractere consiste 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 do que 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.

VII. Componente de Representação de Conceitos em Saúde

Definição

70. 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 501)

71. 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 501)
72. Compete à ANS estabelecer a TUSS e suas posteriores atualizações. (RN 501)

Formato de apresentação

73. 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.

Usos das principais tabelas da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS

74. Esse tópico tem por objetivo explicar os usos das tabelas TUSS referentes a procedimentos ou itens assistenciais e a mensagens, representados nas tabelas TUSS:
- 18 - Diárias e Taxas
 - 19 - Materiais e OPME
 - 20 - Medicamentos
 - 22 - Procedimentos
 - 38 - Mensagens (glosas, negativas e outras)
 - 63 - Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS e
 - 64 - Envio de Dados à ANS

75. Importante ressaltar que as demais tabelas TUSS, bem como outros atributos presentes nas mensagens do Padrão TISS devem ser utilizados para complementar dados e análises que não estão presentes nas descrições dos códigos dessas tabelas principais. Por exemplo: não há necessidade de incluir um atendimento à criança num código da tabela TUSS 18 ou 22, uma vez que a data de nascimento do beneficiário é um campo presente nas mensagens. Da mesma forma, não é necessário especificar se um atendimento é ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, uma vez que existe a tabela de domínio com o regime de atendimento.
76. Importante ressaltar, ainda, que uma das finalidades das terminologias é possibilitar a troca de informações entre operadoras e prestadores, permitindo que os processos de solicitação, cobrança e pagamento sejam um reflexo do que é praticado pelo setor. Em outras palavras, possibilitando a interoperabilidade entre os processos e sistemas do setor.
77. As solicitações de aprimoramento do Padrão TISS devem seguir o fluxo previsto neste Componente Organizacional.
78. Não serão acatadas solicitações de inclusão ou alteração na TUSS decorrentes de pequenas diferenças entre a descrição do procedimento/item assistencial na terminologia e identificação de procedimentos ou itens utilizados especificamente nas operações dos demandantes.
79. Em relação às tabelas referentes a procedimentos ou itens assistenciais, temos:

TUSS 18 - Terminologia de diárias, taxas e gases medicinais

80. A TUSS 18 é a terminologia de diárias, taxas e gases medicinais e deve ser usada para cobrança desses itens. Essa tabela teve origem nas discussões do COPISS e tem como entidade de referência a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde).

Aplicação da tabela

81. Na troca entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, os códigos dessa tabela trafegam em guias de SP/SADT (anexo de outras despesas, anexo de quimioterapia e anexo de radioterapia), de resumo de internação (anexo de outras despesas) e de tratamento odontológico e ainda nas solicitações e demonstrativos decorrentes das análises de cobrança dessas guias. Esses códigos não devem ser usados em guias de consulta ou de honorários, uma vez que essas guias não preveem uso de diárias, taxas ou gases medicinais.
82. Nesse contexto, no envio de dados para a ANS, os códigos da tabela TUSS 18, conseqüentemente, não devem ser informados em guias de consulta ou de honorários.

Conteúdo e conceitos relevantes

83. A tabela apresenta os diversos tipos de diárias adotadas no sistema de saúde suplementar - compacta, semi-global e global -, cujo uso nas trocas entre operadoras e prestadores deve levar em conta o acordado contratualmente entre as partes.
84. Considerando-se que as Diárias Compactas apresentam sua composição descrita no termo, o que pode restringir o uso desse conceito no dia a dia na ocorrência de pequenas alterações da composição da diária a partir da dinâmica dos acordos comerciais, foi deliberada em reunião do GT de Representação de Conceitos em Saúde - TUSS 18 - a criação dos termos genéricos Diária Semi-Global e Global, sem definição da composição dos itens assistenciais, ficando a critério do mercado a adoção do termo mais adequado a sua operação.

TUSS 19 - Terminologia de materiais e órteses, próteses e materiais especiais (OPME)

85. A TUSS 19, que apresenta a terminologia de materiais e OPME, tem origem na tabela de Produtos para a Saúde da ANVISA e é atualizada pela ANS de acordo com esses dados.

Aplicação da tabela

86. Na troca entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, os códigos dessa tabela trafegam em guias de SP/SADT (anexo de OPME e anexo de outras despesas), de resumo de internação (anexo de OPME e anexo de outras despesas) e de tratamento odontológico (anexo OPME) e ainda nas solicitações e demonstrativos decorrentes das análises dessas guias. Desta forma, esses códigos não devem ser usados em guias de consulta ou de honorários, uma vez que essas guias não preveem uso de materiais e OPME.
87. Nesse contexto, no envio de dados para a ANS, os códigos da tabela TUSS 19, consequentemente, não devem ser informados em guias de consulta ou de honorários.

Conteúdo e conceitos relevantes

88. Atualmente, a ANS precisa desdobrar cada registro da ANVISA nos modelos que são registrados para um mesmo produto. Ressalta-se que foi consensuado, no COPISS, que esse desdobramento seria feito somente para os itens classificados como Dispositivos Médicos Implantáveis – DMI, por solicitação dos membros do COPISS e/ou por necessidade da ANS.
89. Essa terminologia é estruturada em 3 (três) níveis de informação:
- Código TUSS para cada nome técnico da ANVISA;
 - Código TUSS para cada registro ANVISA, sem especificação de modelo ou referência; e
 - Código TUSS para cada modelo/referência do registro ANVISA (para Dispositivos Médicos Implantáveis - DMI).
90. Os termos para cada nome técnico não possuem referência ou fabricante, apresentando na Tabela 19 a indicação “Não se aplica*”.

Quadro 2 – Exemplo de termos na TUSS de Materiais e OPME

Código do Termo	Termo	Modelo	Fabricante	Registro Anvisa
71447180	STENT PARA ARTÉRIAS CORONÁRIAS	Não se aplica*	Não se aplica*	Não se aplica*
71126619	STENT CORONÁRIO BLUE MEDICAL	Não se aplica*	NEOMEX HOSPITALAR LTDA	80152120014
71126627	STENT CORONÁRIO BLUE MEDICAL - XT2010S	XT2010S	NEOMEX HOSPITALAR LTDA	80152120014
71413057	COROFLEX - STENT CORONÁRIO EM BALÃO EXPANSÍVEL MONTADA EM CATÉTER DE PTCA DE TROCA RÁPIDA	Não se aplica*	LABORATÓRIOS B. BRAUN S/A	10008530399
70726663	COROFLEX - STENT CORONÁRIO EM BALÃO EXPANSÍVEL MONTADA EM CATÉTER DE PTCA DE TROCA RÁPIDA – 5020040	5020040	LABORATÓRIOS B. BRAUN S/A	10008530399

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3 – Exemplo de termos na TUSS de Materiais e OPME

Código do Termo	Termo	Modelo	Fabricante	Registro Anvisa
71447199	STENT PARA ARTÉRIAS PERIFÉRICAS	Não se aplica*	Não se aplica*	Não se aplica*
70960500	XPERT PRO PERIPHERAL SELF-EXPANDING STENT	Não se aplica*	ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL LTDA	80146501826
70960518	XPERT PRO PERIPHERAL SELF-EXPANDING STENT - 17525-100	17525-100	ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL LTDA	80146501826
70960526	XPERT PRO PERIPHERAL SELF-EXPANDING STENT - 17525-20	17525-20	ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL LTDA	80146501826
70960534	XPERT PRO PERIPHERAL SELF-EXPANDING STENT - 17525-30	17525-30	ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL LTDA	80146501826
70990476	STENT VASCULAR LIFESTENT	Não se aplica*	BARD BRASIL INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA.	80689090071
70990484	STENT VASCULAR LIFESTENT - EX050201C	EX050201C	BARD BRASIL INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE LTDA.	80689090071

Fonte: Elaborado pelos autores.

91.A ANVISA, entidade de referência para termos de materiais, próteses e órteses, realiza rotineiramente a revisão dos nomes técnicos e a reclassificação dos registros dos produtos para saúde. Desta forma, à medida que os novos termos e classificações forem publicados pela ANVISA, uma versão atualizada da Terminologia de Materiais e OPME é disponibilizada.

92. As solicitações de aprimoramento para a tabela TUSS 19 devem se restringir a alterações ou exclusões, uma vez que as inclusões são realizadas

automaticamente, a cada atualização da TUSS, refletindo os produtos para a saúde recebidos na base de dados atualizada enviada pela ANVISA.

93. A Terminologia de Materiais e OPME – Tabela 19 é vigente desde a publicação da versão de outubro/2012 do Padrão TISS. A obrigatoriedade de adoção desta terminologia foi excetuada, temporariamente, pela Diretoria Colegiada, em sua 408ª Reunião Ordinária, realizada em 22/10/2014. O retorno da obrigatoriedade de adoção da terminologia foi deliberado pela Diretoria Colegiada da ANS em sua 501ª Reunião Ordinária, realizada em 14/02/2019, passando a valer a partir da versão FEV/2019.

TUSS 20 - Terminologia de medicamentos

94. A terminologia de medicamentos – TUSS 20 também tem como origem os dados da ANVISA. Sua atualização é feita considerando a base de dados CMED (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmmed/precos>).

Aplicação da tabela

95. Na troca entre prestadores e operadoras, os códigos dessa tabela trafegam em guias de SP/SADT (anexo de outras despesas e anexo de quimioterapia), de resumo de internação (anexo de outras despesas) e de tratamento odontológico e ainda nas solicitações e demonstrativos decorrentes das análises dessas guias. Reitera-se que esses códigos não devem ser usados em guias de consulta ou de honorários, uma vez que essas guias não preveem uso de medicamentos.

96. Nesse contexto, no envio de dados para a ANS, os códigos da tabela TUSS 20, conseqüentemente, não devem ser informados em guias de consulta ou de honorários.

97. As solicitações de aprimoramento para a tabela TUSS 20 devem se restringir a alterações ou exclusões, uma vez que as inclusões são realizadas automaticamente, a cada atualização da TUSS, refletindo os medicamentos recebidos da base CMED disponibilizada pela ANVISA.

TUSS 22 - Terminologia de procedimentos e eventos em saúde

98. A tabela TUSS 22 apresenta os códigos dos procedimentos e eventos em saúde. A base para os procedimentos médicos é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, de responsabilidade da Associação Médica Brasileira (AMB). Já os procedimentos odontológicos têm sua origem na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos – CBHPO. Assim, as discussões técnicas sobre essas classificações devem ocorrer, preferencialmente, nas câmaras técnicas das entidades responsáveis por suas atualizações. Os códigos referentes aos atendimentos por outros profissionais de saúde são gerados pela ANS, após solicitação e discussão no COPISS.

99. A tabela TUSS 22 não é profissional específica, a não ser para os procedimentos que assim o especifiquem em sua descrição. Assim, qualquer termo pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde, desde que tenha respaldo na legislação que regulamenta a profissão.

Aplicação da tabela

100. Os códigos da tabela TUSS 22 podem estar presentes em todas as guias, exceto no anexo de OPME.

101. Nas guias de consulta, devem ser utilizados apenas os códigos referentes a consultas eletivas, não devendo ser informados exames, terapias ou qualquer outro código que não seja referente a uma consulta ou atendimento eletivo.

Conteúdo e conceitos relevantes

102. Os Procedimentos e Eventos em Saúde que constam no rol de cobertura obrigatória no sistema de saúde suplementar constarão obrigatoriamente na TUSS 22, que será atualizada automaticamente quando da inclusão de novos procedimentos no referido rol. Também são admitidos na TUSS 22 procedimentos e eventos em saúde que, mesmo não constando no rol, sejam praticados no sistema de saúde suplementar entre prestadores e operadoras, desde que devidamente verificados nos envios de dados à ANS e aprovados no COPISS.

103. As solicitações de aprimoramento para a tabela TUSS 22 devem seguir o fluxo previsto neste componente Organizacional, com o preenchimento de formulário específico. Caso sejam procedimentos presentes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, será feita uma consulta à DIPRO sobre a pertinência da solicitação. Posteriormente, as análises serão encaminhadas aos membros do COPISS para manifestação. Não serão acatadas as solicitações que tenham impacto na cobertura assistencial prevista no Rol vigente.

104. As solicitações de aprimoramento deverão respeitar as seguintes regras:

- Solicitações de inclusão de procedimentos e de alteração na descrição de procedimentos serão enviadas aos membros do COPISS e, caso não haja manifestações técnicas em contrário, serão acatadas;
- No caso das alterações na descrição do procedimento acatadas pelo COPISS, o código do procedimento alterado deverá ser inativado e haverá a criação de novo código, uma vez que não é adequado que um mesmo código tenha descrições diferentes ao longo do tempo. Caso seja um código proveniente da CBHPM ou CBHPO, essa operação deverá ser realizada primeiramente pela entidade responsável pela terminologia que, posteriormente, solicitará a mudança na tabela TUSS 22;
- Tanto para alterações na descrição de procedimentos quanto para exclusões de procedimentos, será verificada a frequência de utilização do item correspondente nos bancos de dados da ANS. Adicionalmente, será verificado se o procedimento com demanda de aprimoramento existe no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, que é a terminologia utilizada no SUS. Essa verificação é apenas para auxiliar na tomada de decisão e não significa a entrada automática do termo na tabela TUSS 22;
- Para solicitações de inclusão de códigos utilizados pela operadora em tabela própria, será verificado, no banco de dados da ANS, se há informação do código solicitado. Em caso positivo, a ANS poderá solicitar a confirmação da utilização pela operadora/prestador e, nesse caso, o pedido será acatado; e

- Não serão acatadas demandas de aprimoramento que gerem itens em duplicata na tabela T USS 22, bem como a inclusão de procedimentos que já estejam contemplados por itens da tabela T USS 22 mais genéricos.

Tabela 38 - Terminologia de mensagens (glosas, negativas e outras)

105. A tabela T USS 38 apresenta as diversas mensagens utilizadas na troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde e entre ANS e operadoras de planos de saúde. Essas mensagens tiveram origem nas discussões do COPISS, sendo um reflexo das transações praticadas no Setor de Saúde Suplementar.

Aplicação da tabela

106. São utilizadas em resposta às mensagens enviadas pelos prestadores de serviços de saúde nos processos de autorização e cobrança e em retorno ao envio de dados pelas operadoras de planos de saúde à ANS.

Conteúdo e conceitos relevantes

107. Entre as mensagens constantes na Tabela 38, constam as mensagens de retorno da ANS às operadoras de planos de saúde, cuja extração se configura na tabela de erros no envio de dados para a ANS, publicada regularmente na página do Padrão TISS na internet – item Padrão TISS - Tabelas relacionadas (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss/padrao-tiss-tabelas-relacionadas>). Essa tabela associa o código da mensagem com os respectivos campos da mensagem do Envio de Dados para a ANS.

T USS 63 - Terminologia de Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para a ANS e T USS 64 - Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS

108. A tabela T USS 63 contém os grupos de procedimentos e itens assistenciais para o envio dos dados à ANS e deve ser utilizada em conjunto com a T USS 64, que define a forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS.

109. Todos os procedimentos/itens assistenciais que possuem forma de envio “Consolidado” devem ser enviados com o código de seu respectivo grupo na tabela TUSS 63. Da mesma forma, todos os códigos com forma de envio “Individualizado” devem ser enviados com o código de sua tabela de referência, seja a tabela TUSS 19, 20 ou 22.

Identificação do arquivo que dispõe o Componente

110. O nome do arquivo que dispõe as tabelas TUSS é *PadrãoTISS_Representação de Conceitos em Saúde_AAAAMM.ZIP*, onde AAAAMM indicam o ano e o mês de início de vigência do Componente de Representação de Conceitos em Saúde. O arquivo está disponível no site da ANS no endereço www.gov.br/ans/pt-br.

Lista de Terminologias

111. O Componente de Representação de Conceitos em Saúde é composto pelas tabelas listadas na Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar com seus respectivos códigos de identificação no Padrão TISS (Tabela 87).

Controle de alteração das terminologias

112. As alterações nas terminologias unificadas da saúde suplementar (TUSS) estão dispostas na planilha eletrônica “Padrão TISS_Histórico da 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.gov.br/ans/pt-br e possui a seguinte estrutura:

- Código da terminologia;
- Nome da terminologia;
- Código do termo;
- Termo;
- Data de início de vigência;
- Data de fim de vigência;
- Data de fim de implantação;
- Tipo de ação.

112.1. **Inclusão de termos**

112.2. 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.

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

112.3. **Alteração de termos**

112.4. 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.

112.4.1. 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”. O segundo registro identifica a alteração realizada com Tipo de Ação igual a “Alterado”.

112.5. **Inativação de termos**

112.6. 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:
 - o Para os termos que fazem parte do Componente de Comunicação, a data de fim de vigência será a data de início do Componente de Comunicação;
 - o Para os demais termos, 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.

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

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

Tabela própria da operadora

113. 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 501)
114. 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 501), de acordo com as regras constantes no item “Atualização do Padrão TISS”, deste Componente. A previsão não se aplica aos pacotes criados pelas operadoras, uma vez que os itens incluídos dentro de um pacote devem possuir código TUSS ou código de tabela própria para os quais será feita solicitação de inclusão na TUSS.
115. 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 501)

116. A operadora não poderá utilizar um código próprio na troca de informações quando este termo estiver contido na TUISS e sua data limite para implantação já estiver vencida.

117. 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.

118. A ANS recomenda que o código criado em tabela própria da operadora seja 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 TUISS de material.

119. O código criado em tabela própria deve ter no máximo 10 caracteres.

120. Configura infração ao regramento setorial instituído pela ANS, passível de aplicação de penalidades, caso a efetivação do atendimento, fornecimento do item requerido ou de reembolso de valor contratualizado com a operadora e solicitado pelo beneficiário, seja negado, condicionado ou postergado sob a alegação de ausência de código da TUISS ou de código de tabela própria adotado pela operadora.

121. Também constitui infração a exigência de que o beneficiário informe o código TUISS ou de tabela própria para a efetivação do atendimento, fornecimento do item requerido ou de reembolso de valor contratualizado com a operadora, uma vez que tais códigos são de responsabilidade das operadoras e prestadores de serviços de saúde, no que diz respeito à sua utilização na troca de informações entre esses agentes da saúde suplementar.

VIII. Componente de Segurança e Privacidade

Definição

122. O Componente de Segurança e Privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde. (RN 501)
123. 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 501)
124. O padrão de segurança e privacidade baseia-se no sigilo profissional e segue a legislação vigente no país. (RN 501)
125. 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 501)

Escopo

126. Os requisitos que compõem o Componente de Segurança e Privacidade se aplicam a todos os sistemas e portais que tratam os dados que fazem parte do Padrão TISS para troca de informações na saúde suplementar.

Formato de apresentação

127. 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.
128. As condições de utilização dos requisitos de segurança e privacidade são:
- Obrigatório;
 - Opcional; e
 - Recomendado.

Identificação do arquivo que dispõe o componente

129. O nome do arquivo que dispõe todos os requisitos de segurança é *Padrão TISS_ComponenteSegurançaePrivacidade_AAAAMM.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.gov.br/ans/pt-br.

IX. Componente de Comunicação

Definição

130. O Componente de Comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no Componente de Conteúdo e Estrutura. (RN 501)
131. O padrão de comunicação adota a linguagem de marcação de dados XML - *Extensible Markup Language*. (RN 501)
132. 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 501)
133. Os prestadores de serviços de saúde têm a prerrogativa de escolher a forma de comunicação para a troca eletrônica, entre webservices ou portal. (RN 501)
134. 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 501)
135. No Portal TISS deverão estar disponíveis, considerando os requisitos estabelecidos no Componente de Segurança e Privacidade do Padrão, no mínimo: (RN 501)
- as instruções para implantação e utilização do Padrão TISS;

- nome do Coordenador TISS e de seu suplente com informações para contato telefônico e por correio eletrônico;
- o endereço dos webservices disponibilizados pela operadora de plano privado de assistência à saúde;
- os mecanismos de upload e download de arquivos;
- a entrada de dados para o processo de cobrança de serviços de saúde do Padrão TISS; e
- o atalho para acesso ao conteúdo sobre o Padrão TISS disponibilizado pela ANS.

136. A entrada de dados disponibilizada no portal para o processo de cobrança de serviços de saúde do Padrão TISS, deve conter a mesma sequência dos campos conforme disponibilizada nas guias que fazem parte do Plano de Contingência.

137. Todos os agentes do padrão devem utilizar, na geração dos arquivos XML, o *namespace* estabelecido nos schemas XSD e descritores WSDL do Componente de Comunicação.

138. Qualquer solução tecnológica poderá ser utilizada desde que consiga atender na íntegra as normas de todos os componentes do Padrão TISS. (RN 501)

139. 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 501)

140. 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 501)

Formato de apresentação

141. 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.

142. O conjunto de arquivos de schemas XML padronizados são os seguintes:

- tissSimpleTypesV4_02_00.xsd= arquivo contendo os tipos simples utilizados no padrão;
- tissComplexTypesV4_02_00.xsd= arquivo contendo os tipos compostos utilizados no padrão;
- tissGuiasV4_02_00.xsd= arquivo contendo os tipos que identificam as guias utilizadas no padrão;
- tissV4_02_00.xsd= arquivo contendo a estrutura principal das mensagens do padrão;
- tissWebServicesV4_02_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;
- tissMonitoramentoQualidadeV3_03_01.xsd= arquivo contendo a estrutura do retorno da ANS para as operadoras resultante da avaliação de qualidade dos dados incluídos no banco de dados nacional de eventos da saúde suplementar.
- tissMonitoramentoV1_05_00.xsd= arquivo contendo a estrutura para o envio de informações das operadoras para a ANS
- tissSimpleTypesMonitoramentoV1_05_00.xsd
- tissComplexTypeMonitoramentoV1_05_00.xsd

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

- tissCancelaGuiaV4_02_00.wsdl
- tissComunicacaoBeneficiarioV4_02_00.wsdl
- tissLoteAnexoV4_02_00.wsdl
- tissLoteGuiasV4_02_00.wsdl
- tissRecursoGlosaV4_02_00.wsdl
- tissSolicitacaoDemonstrativoRetornoV4_02_00.wsdl
- tissSolicitacaoProcedimentoV4_02_00.wsdl
- tissSolicitacaoStatusAutorizacaoV4_02_00.wsdl
- tissSolicitacaoStatusProtocoloV4_02_00.wsdl
- tissVerificaElegibilidadeV4_02_00.wsdl
- tissSolicitacaoStatusRecursoGlosaV4_02_00.wsdl
- tissEnvioDocumentosV4_02_00.wsdl

Identificação do arquivo que dispõe o Componente

144. O nome dos arquivos que dispõem todos os schemas XML do Padrão são *Padrão TISS Comunicação 040300.ZIP*, para troca de informações entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde e *Padrão TISS Monitoramento 010600.ZIP*, para envio das informações das operadoras para a ANS. Os arquivos estão disponíveis no site da ANS no endereço www.gov.br/ans/pt-br.

Validação dos arquivos XML

145. Todos os arquivos com as definições do Padrão encontram-se disponíveis no site da ANS, no endereço www.gov.br/ans/pt-br.

Assinatura Digital

146. 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

147. 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.

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

149. 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

150. 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 na segurança nas transações.

HASH MD-5

151. 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 das duas hash (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 Padrão 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 do Padrão 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

152. **LoteGuias:** Apresentação de cobrança de consultas, SP/SADT, resumo de internação, honorários e odontologia.
153. **LoteAnexos:** Apresentação do anexo de situação inicial de odontologia e solicitação de autorização de tratamento de quimioterapia, radioterapia e OPME.

154. **SolicitacaoDemonstrativoRetorno:** Solicitação de demonstrativo de análise de conta ou demonstrativo de pagamento.
155. **SolicitacaoStatusProtocolo:** Solicita informação de lote de cobrança ou de documento recebido pela operadora.
156. **SolicitacaoStatusRecursoGlosa:** Solicita informação sobre recurso de glosa enviado pelo prestador à operadora.
157. **SolicitacaoProcedimento:** Solicitação de autorização de serviços de SP/SADT, internação, prorrogação de internação e tratamento em odontologia.
158. **SolicitaStatusAutorizacao:** Solicita status sobre pedido de autorização recebido pela operadora
159. **VerificaElegibilidade:** Solicita informação sobre a elegibilidade de um beneficiário da operadora.
160. **CancelaGuia:** Envia solicitação de cancelamento de um lote de guias, guias ou recurso de glosa.
161. **ComunicacaoInternacao:** Envia comunicado de internação ou alta de um beneficiário.
162. **RecursoGlosa:** Envia recurso sobre glosa ocorrida em um lote ou em guias do prestador.
163. **EnvioDocumentos:** Envia documentos complementares para a solicitação, autorização, cobrança e/ou recurso de glosa de procedimentos/itens assistenciais.
164. **RecebimentoLote:** Envia um protocolo de recebimento de um lote de guias de cobranças enviado pelo prestador.
165. **RecebimentoAnexo:** Envia um protocolo de recebimento de um lote de anexos enviado pelo prestador.

166. **RecebimentoRecursoGlosa:** Envia um protocolo de recebimento do recurso de glosa enviado pelo prestador.
167. **RecebimentoDocumentos:** Envia um protocolo de recebimentos dos documentos enviados pelo prestador.
168. **DemonstrativosRetorno:** Envia o demonstrativo de análise de conta, demonstrativo de pagamento ou situação do demonstrativo caso este ainda não esteja pronto para ser enviado ao prestador.
169. **SituacaoProtocolo:** Informa a situação de um protocolo enviado pelo prestador.
170. **AutorizacaoServicos:** Informa a autorização ou negativa para as solicitações de internação, tratamento odontológico, prorrogação de internação e SP/SADT, quimioterapia, radioterapia e OPME.
171. **SituacaoAutorizacao:** Informa a situação sobre pedidos pendentes de autorização de prorrogação de internação, tratamento odontológico, quimioterapia, radioterapia, SP/SADT e OPME.
172. **RespostaElegibilidade:** Envia resposta sobre a elegibilidade de determinado beneficiário.
173. **ReciboCancelaGuia:** Envia recibo sobre recebimento de cancelamento de lote de guias, guias ou recurso de glosa.
174. **ReciboComunicacao:** Envia recibo de recebimento de comunicação de internação ou alta de beneficiário.
175. **RespostaRecursoGlosa:** Envia resposta sobre recurso de glosa enviado pelo prestador.
176. **Utilização de serviços** (envio de informações para o beneficiário): não há schema XML padronizado pela ANS para envio das informações.
177. **Negativa de autorização** (envio de informações para o beneficiário): não há schema XML padronizado pela ANS para envio das informações.

178. **Informações sobre partos** (envio de informações para o beneficiário): não há schema XML padronizado pela ANS para envio das informações.
179. **Envio de dados à ANS:** envio obrigatório e de forma eletrônica, das operadoras para a ANS, das informações sobre os atendimentos realizados pelos prestadores de serviços a seus beneficiários.
180. **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. Este recibo apenas confirma a recepção dos dados. Para fins de cumprimento da obrigação estabelecida na RN 501 a operadora deve considerar o processamento dos dados informados nos arquivos de retorno.
181. **TissMonitoramentoQualidade:** Disponibiliza para as operadoras arquivo com indicação dos lançamentos em desacordo com os critérios de qualidade definidos pela ANS e motivos das inconsistências.

Quadro 4 - Resumo das mensagens no Padrão TISS

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 ou demonstrativo de pagamento.
Prestador	SolicitaçãoStatusProtocolo	Solicita informação de lote de cobrança ou documento 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 lote de guias, guias ou recurso de glosa.
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	EnvioDocumentos	Envia documentos complementares para a solicitação, autorização, cobrança e/ou recurso de glosa de procedimentos/itens assistenciais.
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	RecebimentoDocumentos	Envia um protocolo de recebimento dos documentos enviados pelo prestador.
Operadora	DemonstrativosRetorno	Envia o demonstrativo de análise de conta, demonstrativo de pagamento 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 lote de guias, guias ou recurso de glosa.
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	Não se aplica	Envia ao beneficiário as informações de serviços de sua utilização (Utilização de Serviços).
Operadora	Não se aplica	Envia ao beneficiário as informações acerca da negativa de autorização.
Operadora	Não se aplica	Envio à beneficiária as informações relativas aos procedimentos de parto.
ANS	TissMonitoramentoQualidade	Disponibiliza arquivo com indicação dos lançamentos inconsistentes e motivos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Plano de contingência

182. 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 501)

183. 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 501)

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

185. 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.

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

187. 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.

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

189. A mensagem de Solicitação de Demonstrativo de Retorno não tem guia padronizada no plano de contingência.

190. A mensagem de Demonstrativos de Retorno tem como contingência o Relatório de Demonstrativo de Retorno.

191. A mensagem de Solicitação de Status de Protocolo não tem guia padronizada no plano de contingência.

192. A mensagem de Situação do Protocolo não tem guia padronizada no plano de contingência.

193. 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.

194. A mensagem de Solicitação do Status do Pedido de Autorização não tem guia padronizada no plano de contingência.

195. A mensagem de Situação do Pedido de Autorização não tem guia padronizada no plano de contingência.

196. A mensagem de Verificação de Elegibilidade do Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.

197. A mensagem de Resposta de Elegibilidade do Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.

198. A mensagem de Solicitação de Cancelamento de Guia de Cobrança não tem guias padronizadas para serem utilizadas em contingência.

199. A mensagem de Recibo do Cancelamento de Guia de Cobrança não tem guia padronizada no plano de contingência.

200. A mensagem de Comunicação de Internação ou Alta de Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.

201. A mensagem de Protocolo de Recebimento da Comunicação de Internação ou Alta de Beneficiário não tem guia padronizada no plano de contingência.

202. 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.

203. A mensagem Recebimento do Recurso de Glosa, com a análise do recurso realizada pela operadora, tem as seguintes guias para contingência:

- Recurso de Glosa; e
- Recurso de Glosa Odontológica.

204. A mensagem de Solicitação do Status do Recurso de Glosa não tem guia padronizada no plano de contingência.

205. A mensagem de Resposta do Status do Recurso de Glosa não tem guia padronizada no plano de contingência.

206. A mensagem de Envio de Dados à ANS não tem guia padronizada no plano de contingência.

Versionamento dos Componentes do Padrão TISS

Identificação da vigência dos Componentes do Padrão TISS

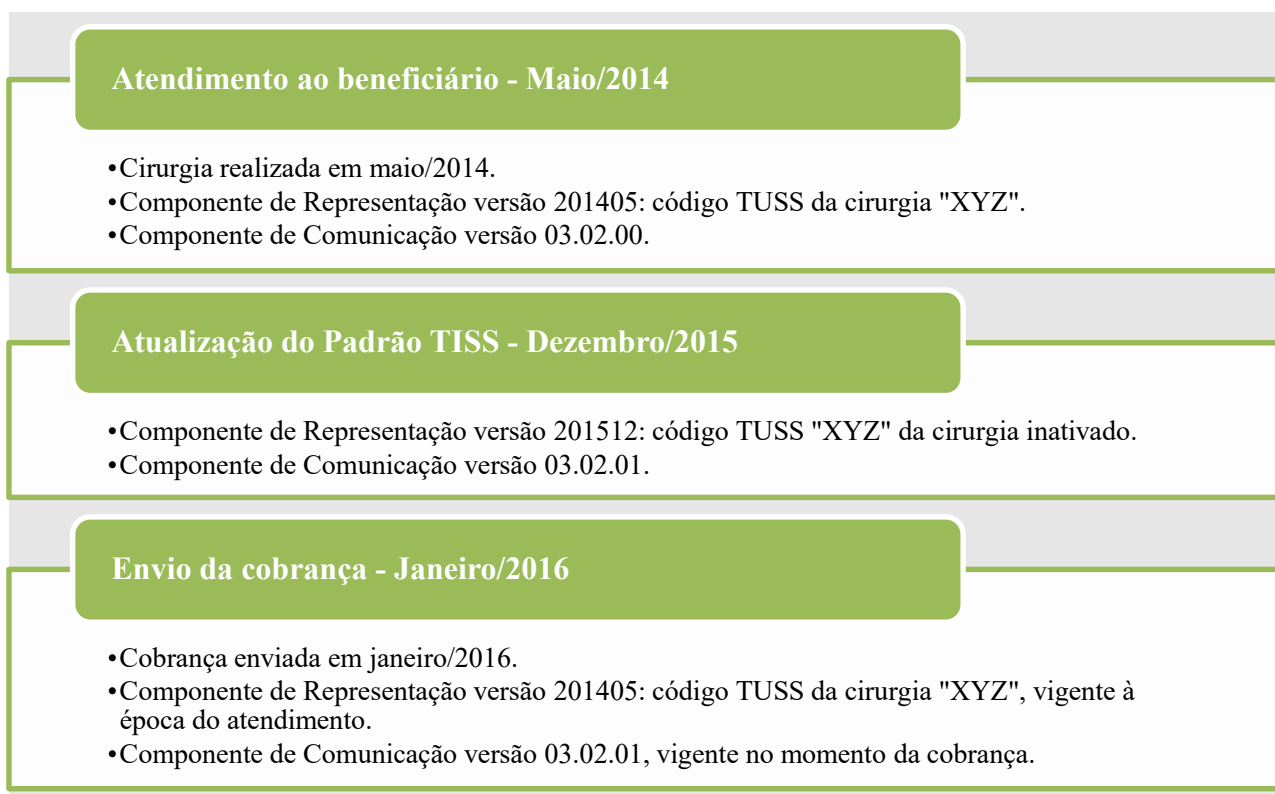
207. O Padrão TISS é identificado pela versão de cada um dos seus cinco componentes.

- A versão do Componente Organizacional é identificada pelo ano/mês de publicação.
- A versão do Componente de Conteúdo e Estrutura é identificada pelo ano/mês de publicação.
- A versão do Componente de Representação de Conceitos de Saúde é identificada pelo ano/mês de publicação.
- A versão do Componente de Segurança e Privacidade é identificada pelo ano/mês de publicação.
- 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 dos Componentes do Padrão TISS

208. A vigência do Componente de Comunicação 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 Componente de Comunicação vigentes em determinado momento de troca de informações entre os agentes e somente estas versões poderão ser utilizadas.
209. A versão a ser utilizada, quando houver mais de uma versão vigente, será a acordada entre as partes.
210. O conteúdo do Componente de Representação de Conceitos (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.
211. O esquema abaixo ilustra a troca de informações em diferentes versões dos Componentes do Padrão TISS. Destacamos que as datas colocadas no esquema abaixo são apenas para exemplificar o processo:

Figura 2 – Troca de informações em diferentes versões dos Componentes



Fonte: Elaborado pelos autores.

Outras regras operacionais

212. A mensagem LoteGuias deve ter, no máximo, 100 guias em cada lote, sendo todas as guias do mesmo tipo.

213. A mensagem LoteAnexo deve ter, no máximo, 1 guia em cada lote.

214. A mensagem RecursoGlosa deve ter, no máximo, 1 guia em cada lote.

X. Regras para o envio de dados à ANS

215. 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 e das formas de remuneração dos prestadores de serviços praticadas pela operadora.

216. Os valores informados devem incluir a taxa de administração referente às operações de intercâmbio eventual e de corresponsabilidade cedida, em conformidade com o estabelecido na regulamentação contábil (Plano de Contas Padrão e Manual Contábil, respectivamente Capítulos II e IV da Resolução Normativa nº 528, de maio de 2022 e suas atualizações).
217. A informação sobre o Número de identificação do plano do beneficiário na ANS compreende os planos anteriores ou posteriores à Lei 9656/98. Aqueles anteriores à lei devem estar cadastrados no Sistema de Cadastro de Plano Antigo – SCPA e a informação enviada no Monitoramento TISS deve ser idêntica àquela apresentada nesse cadastro, incluindo caracteres especiais e espaços que porventura componham o nome do produto no cadastro. Da mesma forma, o número de produtos posteriores à lei deve ser idêntico àquele registrado no RPS.
218. A obrigação do envio de dados da operadora para a ANS, estabelecida na Resolução Normativa nº 305/2012 (revogada pela Resolução Normativa nº 501/2022) somente é considerada cumprida com a completa incorporação, à base de dados da Agência, de todos os dados de atenção à saúde de seus beneficiários, na competência e prazos estabelecidos.
219. A obrigação do envio dos dados do Padrão TISS à ANS inicia-se para a operadora a partir da data de recebimento do registro emitido pela ANS em resposta à solicitação de registro da operadora, anterior à etapa de registro de seus produtos junto à Agência.

Modelos de remuneração entre operadoras e prestadores, relativos aos eventos de atenção à saúde

220. De acordo com o Guia Para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor/ANS/2019¹, modelo ou forma de remuneração se refere à forma com que o recurso é alocado, diferenciando-se da forma como os valores financeiros são efetivamente pagos (por meio de tabelas, pacotes ou outras formas de pagamento).

¹ Disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

221. Os diferentes modelos de remuneração dos eventos de atenção à saúde podem ser classificadas em sete grupos distintos: (1) pagamento por evento ou procedimento realizado; (2) Pagamento por pacote de procedimentos e itens assistenciais; (3) pagamento por orçamentação global; (4) pagamento por Capitação (*Capitation*); (5) pagamento por grupos homogêneos de diagnóstico (DRG (*DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS*)); (6) pagamento por *Bundle* baseado em Episódio (*Procedure Based Episode Payments*); (7) pagamento por *Bundle* por condição clínica (*Condition Based Bundle*).

221.1. Pagamento por evento ou procedimento realizado: Este modelo de remuneração corresponde ao pagamento aos prestadores diretamente vinculado à realização de procedimentos ou eventos, elencados em tabelas com a discriminação de seus valores, que se dá pelo somatório de cada procedimento, evento ou itens - materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares, exames complementares etc., pagos item a item, modelo de conta aberta.

221.2. Pagamento por pacote de procedimentos e itens assistenciais: Este modelo de remuneração corresponde ao pagamento por valor contratado, diretamente, vinculado à realização de procedimentos e itens assistenciais de forma agrupada.

221.3. Pagamento por orçamentação global: Este modelo de remuneração corresponde ao pagamento pela prestação de um conjunto de ações em saúde contratadas por um valor preestabelecido por meio de uma programação orçamentária, por um período, independentemente da quantidade de procedimentos realizados. Este modelo de remuneração está comprometido com o cumprimento de metas de desempenho.

221.4. Pagamento por Capitação (*Capitation*): Este modelo de remuneração corresponde ao pagamento de um conjunto de procedimentos e/ou eventos contratado por um valor global preestabelecido per capita para um grupo de beneficiários definido, sem a consideração de suas condições clínicas, em um determinado período, independentemente da quantidade de procedimentos e/ou eventos, efetivamente, realizados.

221.5. Pagamento por grupos homogêneos de diagnóstico (DRG - *DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS*): Este modelo de remuneração corresponde ao

pagamento de um conjunto de ações em saúde, baseado em casos clínicos, classificados de acordo com variáveis pré-estabelecidas e valores previamente acordados, por grupos homogêneos de diagnóstico. Este modelo de remuneração está vinculado à realização das ações em saúde.

221.6. Pagamento por *Bundle* baseado em Episódio (*Procedure Based Episode Payments*): Este modelo de remuneração corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado com base no ciclo de cuidado de um determinado episódio (ex.: artroplastia de quadril, cirurgia bariátrica), durante um período definido.

221.7. Pagamento por *Bundle* por condição clínica (*Condition Based Bundle*): Este modelo de remuneração corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado per capita, por um período, baseado no ciclo de cuidado de uma determinada condição clínica (ex.: conjunto de beneficiários portadores de uma condição clínica – uma população com obesidade ou diabetes, ou hipertensão, ou problemas ortopédicos), independentemente da quantidade de procedimentos efetivamente realizados.

Informação das despesas assistenciais no envio de dados para a ANS

222. Pagamentos vinculados aos atendimentos prestados:

São as informações referentes aos atendimentos prestados, reconhecidos na competência, em que os pagamentos estão diretamente vinculados à realização de procedimentos ou eventos.

Referem-se, por exemplo, aos modelos de remuneração Pagamento por evento ou procedimento realizado, Pagamento por pacote de procedimentos e itens assistenciais e Pagamento por grupos homogêneos de diagnóstico (DRG).

Também se referem às seguintes situações:

- Pagamento a operadora intermediária, nos casos de intercâmbio eventual ou rede indireta (atendimento continuado);
- Reembolso aos beneficiários por eventos ou procedimentos realizados por prestadores não credenciados pela operadora;
- Pagamento a prestador eventual.

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS (operadoraParaANS), conforme descrito no Componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informações do atendimento;
- Informações de nascimento e óbito;
- Informações dos procedimentos e itens assistenciais.

223. Contratação de prestador ou outra operadora por valor preestabelecido;

Refere-se às situações em que o valor contratado independe da realização de eventos.

Corresponde, por exemplo, aos modelos de remuneração Pagamento por orçamentação global e *Capitation*.

Corresponde também à contratação de outra operadora por valor preestabelecido.

Cada contratação por valor preestabelecido entre a operadora e um prestador ou outra operadora deve ter um número que a identifique durante toda a vigência do contrato.

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS (operadoraParaANS), conforme descrito no Componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informações de contratação por valor preestabelecido;
- Informações do atendimento;
- Informações de nascimento e óbito;
- Informações dos procedimentos e itens assistenciais.

No bloco “Informações de contratação por valor preestabelecido”, além do número de identificação da contratação (campo “Identificador de contratação por valor preestabelecido”) e do prestador ou operadora intermediária contratada, deve ser informado o valor da cobertura contratada, referente ao período de competência (mês e ano) informado.

Nos blocos “Informações do atendimento”, “Informações de nascimento e óbito” e “Informações dos procedimentos e itens assistenciais” devem ser informados os eventos de atenção à saúde, reconhecidos na competência, vinculados à referida contratação por valor preestabelecido.

A vinculação entre o bloco “Informações de contratação por valor preestabelecido” e os eventos de atenção à saúde informados nos demais blocos se dá pelo campo “Identificador de contratação por valor preestabelecido”.

IMPORTANTE:

1- O “Identificador de contratação por valor preestabelecido” deve ser o mesmo para todas as competências, durante a vigência da contratação por valor preestabelecido.

2- A operadora não deve fazer rateio do valor da cobertura contratada na competência entre os eventos de atenção à saúde reconhecidos. Se não houver valor de complementação ou bonificação para algum procedimento específico, os valores dos blocos “Informações do evento/guia” e “Informações dos procedimentos e itens assistenciais” devem ser preenchidos com ZERO.

224. Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários:

Por disposições contratuais ou por força da regulamentação da ANS, como nos casos dos medicamentos oncológicos de uso domiciliar e dos equipamentos coletores para colostomia, as operadoras têm que fornecer materiais ou medicamentos diretamente a seus beneficiários. O fornecimento pode ser realizado após compra, pela operadora, do medicamento ou material no mercado, ou através de reembolso, quando o próprio beneficiário adquire o medicamento ou material.

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS (operadoraParaANS), conforme descrito no Componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informações do fornecimento;
- Informações dos itens fornecidos.

A cada fornecimento de material ou medicamento devem ser informados: a identificação do beneficiário, da operação, datas e valores do fornecimento, e quantidade e valor dos itens fornecidos.

IMPORTANTE:

Não devem ser informados nestes blocos os materiais (como órteses e próteses, por exemplo) adquiridos pelas operadoras diretamente dos fornecedores e utilizados por prestadores na assistência aos beneficiários. Estes materiais devem ser informados juntamente com os demais itens das respectivas contas médicas.

225. Atendimentos em rede própria da operadora, de mesmo CNPJ:

Devem ser preenchidos os seguintes blocos da mensagem Envio de dados para ANS (operadoraParaANS), conforme descrito no Componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informações do atendimento;
- Informações de nascimento e óbito;
- Informações dos procedimentos e itens assistenciais.

Nessa situação não há pagamento uma vez que os serviços são prestados pela própria operadora. Entretanto, os atendimentos devem ser identificados e informados à ANS.

Os valores informados devem corresponder ao apurado através de rateio dos custos do serviço próprio, conforme o estabelecido no Anexo da RN nº 290 e suas atualizações. Os valores pagos devem ser preenchidos com zero.

226. Informação de outras despesas assistenciais:

Abrange todos os eventos de assistência à saúde que devem ser informados à ANS, conforme estabelecido na RN nº 501, que não se enquadrem em nenhuma das situações descritas acima.

Deve ser preenchido o seguinte bloco da mensagem Envio de dados para ANS (operadoraParaANS), conforme descrito no Componente de Conteúdo e Estrutura:

- Informação de outras despesas assistenciais.

Devem ser informadas a identificação do recebedor e os valores informado, de glosa e pago.

Regras gerais para o envio de dados à ANS

227. O envio de dados das operadoras para ANS, estabelecido pelo Padrão TISS, ocorre exclusivamente de forma eletrônica.

228. Protocolo de recebimento: o protocolo de recebimento do arquivo com as informações das operadoras será dado pelo Programa Transmissor de Arquivos (PTA) da ANS. Esse protocolo não significa que houve processamento e/ou incorporação dos arquivos recebidos, mas garante apenas sua recepção pela ANS. Para fins de cumprimento da obrigação estabelecida pela norma, a operadora deve considerar o resultado do processamento nos arquivos de retorno disponibilizados pelo sistema do Padrão TISS.

229. O acompanhamento do resultado do processamento dos arquivos estará disponível no endereço eletrônico www.gov.br/ans/pt-br em área de acesso restrito à operadora.

230. 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.

231. Protocolo de recebimento: o protocolo de recebimento de envio de arquivo compactado não informará quantos arquivos XML foram recebidos.

232. Os arquivos de dados a serem enviados pela operadora para a ANS devem seguir o padrão de nomenclatura REGANSAAAAMM9999.YYY, onde:

- REGANS – número do registro da operadora na ANS com 6 posições;
- AAAA – ano da competência dos dados;
- MM – mês da competência dos dados;
- 9999 – número sequencial do arquivo no ano/mês de competência dos dados;
- .YYY – extensão do arquivo, onde:
 - XTE quando tratar-se de um arquivo XML enviado pela operadora para a ANS;
 - ZTE quando tratar-se de um arquivo compactado no padrão ZIP enviado pela operadora para a ANS;

- XTR quando tratar-se de um arquivo de retorno do tipo XML disponibilizado pela ANS para a operadora;
- ZTR quando tratar-se de um arquivo de retorno do tipo ZIP disponibilizado pela ANS para a operadora.

233. Caso o nome do arquivo não atenda à nomenclatura REGANSAAAAMM9999.YYY, o arquivo será rejeitado e identificado pelo sistema como 99/9999 - Competência inválida.
234. Dentro de um arquivo ZTE somente serão considerados válidos os arquivos que possuam a extensão XTE.
235. Arquivos que forem descompactados devem possuir no seu nome a mesma competência informada no nome do seu arquivo ZTE de origem.
236. Caso a operadora envie um arquivo ZTE que não possua nenhum arquivo a ser descompactado, o arquivo será rejeitado.
237. Caso a operadora envie um arquivo ZTE que possua um formato de compactação diferente de ZIP e um método de compressão diferente de DEFLATE, o arquivo será rejeitado.
238. Não serão aceitos pela ANS arquivos com nomenclatura duplicada.
239. Caso o nome do arquivo enviado pela operadora possua mais de 100 caracteres, apenas os 100 primeiros serão inseridos no banco de dados.
240. Para o acompanhamento do resultado do processamento dos dados à ANS, os arquivos recebidos serão classificados nos status abaixo:

Quadro 5 - Status dos arquivos recebidos no envio de dados à ANS

Status	Descrição
Aguardando processamento	O arquivo foi recebido e ainda não foi processado pela ANS.
Nome do arquivo fora do padrão	A nomenclatura do arquivo enviado não atende ao descrito na regra de formação do nome do arquivo.

Processado	O arquivo foi processado e todos os registros foram incluídos no banco de dados da ANS.
Processado parcialmente	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.
Rejeitado	O arquivo não foi processado e nenhum registro foi incluído no banco de dados da ANS.
Sequência já enviada	O arquivo foi enviado, dentro de um arquivo compactado, com um nome enviado anteriormente.
Erro de transmissão	O arquivo foi transmitido, porém não chegou de forma íntegra. Deve-se enviar o arquivo novamente com outro nome.
Em transmissão	O arquivo está sendo transmitido no momento da consulta.

Fonte: Elaborado pelos autores.

241. Caso possua erros de validação na estrutura o arquivo será rejeitado.

242. Caso um elemento seja de preenchimento obrigatório e em seu conteúdo seja informado apenas espaços em branco, quebra de linha ou tabulação, o lançamento em validação será rejeitado.

243. Caso haja erros de validação no código hash, o arquivo será rejeitado.

244. A correção dos erros identificados nos arquivos processados deverá ser feita pelo envio eletrônico de novo arquivo.

245. Os dados deverão ser enviados pelas operadoras para a ANS até o dia 25 do segundo mês subsequente à competência informada.

246. A competência informada em um arquivo deve ser maior ou igual ao ano e mês da data de registro da operadora. Caso a competência informada seja anterior a esta data, o arquivo será rejeitado.

247. A competência que constar no cabeçalho do arquivo deve ser equivalente à competência informada no nome do arquivo enviado pela operadora.

248. Caso a operadora envie um arquivo com uma competência que não exista no sistema, o arquivo será rejeitado.

249. Caso a competência informada no nome do arquivo não esteja aberta para envio de dados, o arquivo será rejeitado.
250. Caso a operadora tenha a obrigatoriedade, porém não tenha enviado arquivos em qualquer competência anterior ou tenha enviado e os mesmos estejam com status "rejeitado", não havendo lançamentos incorporados ao banco de dados do Padrão TISS, o arquivo da competência atual será rejeitado por "competência anterior não enviada".
251. É obrigatório o envio de arquivo em todas as competências, mesmo que não tenha havido movimento. Nesse caso, 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.
252. 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.
253. A operadora terá o arquivo informando que não há movimento em determinada competência ignorado, caso envie, após este, algum novo arquivo com movimentação da mesma competência.
254. 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.
255. 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.

Regras para informação dos eventos/guias de atendimento

256. Sempre que houver qualquer processamento de uma conta, o resultado deve ser informado à ANS através do envio de um lançamento de inclusão, alteração ou exclusão. Deve ser entendido como processamento o ato de alterar qualquer informação após o recebimento de uma conta pela operadora.
257. A chave de acesso aos lançamentos enviados à ANS, referente aos eventos/guias de atendimento, bloco “Informações do atendimento”, é composta pelos seguintes campos:
- Número do registro da operadora na ANS;
 - Identificação do prestador de serviços:
 - CNES;
 - Tipo de identificação (1 para CNPJ ou 2 para CPF);
 - 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.
258. Em cada arquivo enviado todos os lançamentos com tipo de registro igual a “inclusão” devem ter o mês/ano da data de processamento igual ao mês/ano da competência do arquivo. Caso contrário, o arquivo será rejeitado.
259. O ano e mês da data de processamento do lançamento informada no arquivo devem corresponder a uma competência vigente na data em que o arquivo foi recepcionado pelo PTA.
260. Um lançamento incorporado ao banco de dados do Padrão TISS é considerado ativo. Assim, caso a operadora tente incluir um lançamento que já esteja ativo no banco de dados o mesmo será rejeitado.
261. Um lançamento que foi incluído e posteriormente excluído do banco de dados do Padrão TISS pela operadora é um lançamento inativo. Assim, caso a operadora tente alterar ou excluir um lançamento que não exista ou não esteja ativo no banco de dados o mesmo será rejeitado.

262. A operadora não poderá excluir um lançamento caso ele tenha sido o primeiro lançamento para aquela guia e existam outros lançamentos ativos para a mesma guia cadastrados no banco de dados. Nesse caso, todos os lançamentos devem ser excluídos, do mais recente para o mais antigo.
263. No primeiro envio dos dados para a ANS, devem ser incluídas todas as informações que caracterizaram o atendimento (códigos CID, número da Declaração de Nascido Vivo e da Declaração de Óbito, código de tabela, código do grupo de procedimentos ou dos procedimentos, código do dente, região da boca e face do dente, identificador de contratação por valor preestabelecido, registro da operadora intermediária, tipo de atendimento por operadora intermediária, CBO do profissional executante, número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário, Número da Guia de Solicitação de Internação).
264. 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 lançamento só podem constar procedimentos ou itens assistenciais que sofreram alteração em relação ao envio inicial.
265. Nos demais lançamentos 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 já constavam no primeiro lançamento e que tenham sofrido alteração de informação decorrente do processamento que está sendo enviado.
266. Caso a operadora não tenha incluído um procedimento ou item assistencial no primeiro lançamento de uma conta, deverá encaminhar um registro de exclusão, considerando a chave de acesso do registro. Em seguida, a operadora deverá enviar um novo lançamento do tipo inclusão com todos os procedimentos e itens assistenciais que compõem a conta.
267. Caso a operadora realize o estorno de qualquer pagamento efetuado ao prestador, deve enviar um lançamento para a ANS informando um **valor negativo no campo de valor pago** referente ao valor estornado do prestador. Neste caso deve-se verificar se a soma de todos os valores pagos

do item ou da guia não resultará em um total negativo o que será motivo de rejeição do lançamento.

268. Para guias de consulta e SP/SADT utilizadas em consulta o preenchimento do CBO do prestador executante é obrigatório no envio dos dados do Padrão TISS à ANS. Caso a operadora envie essa informação com o código 999999 o lançamento será rejeitado, pois esse código só deve ser utilizado, na troca entre operadoras e prestadores, quando não for possível para o prestador executante obter o CBO do prestador solicitante. Caso o profissional executante possua mais de um CBO deve ser informado aquele que refletir o atendimento efetivamente prestado pelo profissional, e para o qual ele seja habilitado. Ou seja, deve ser informado apenas o CBO correspondente à natureza da consulta que está sendo informada pela operadora à ANS (clínica médica, cardiologia, geriatria, etc), ainda que o profissional possua mais de uma especialização ou habilitação.
269. O campo Indicador de CPF ou CNPJ em guias de resumo de internação deve ser obrigatoriamente igual a 1-CNPJ. Caso contrário o lançamento será rejeitado.
270. O campo Número da guia de solicitação de internação não pode ser preenchido em guias de consulta e nas guias de tratamento odontológico.
271. A informação da Declaração de Nascido Vivo só pode constar em guias de Resumo de Internação.
272. A informação da Declaração de Óbito só pode constar em guias de Resumo de Internação.
273. O campo Data final do período de atendimento ou data do fim do faturamento é de preenchimento obrigatório nas guias de Resumo de Internação.
274. Os campos: Diagnóstico principal CID, Diagnóstico secundário CID, Terceiro diagnóstico CID e Quarto diagnóstico CID só podem ser preenchidos em guias de Resumo de Internação e não podem ser códigos repetidos numa mesma guia.

275. O campo Número da guia principal de SP/SADT ou de tratamento odontológico só pode ser informado em uma guia de SP/SADT ou guia de tratamento odontológico.
276. O campo “Tipo de atendimento por operadora intermediária” deve ser preenchido caso o campo “Registro ANS da operadora intermediária” esteja preenchido, nas guias cujo primeiro lançamento seja de competência posterior a dezembro de 2017.
277. A partir dos lançamentos incorporados à base de dados do TISS, a ANS estrutura os bancos de guias e eventos de atenção à saúde resultantes dos atendimentos. As informações desses bancos são utilizadas como base para cumprir as finalidades do Padrão TISS quanto a 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.
278. Para formação das guias é utilizada a lógica descrita abaixo a partir dos campos chave de cada lançamento:
- Consideram-se todos os “dados básicos” da guia enviados no primeiro lançamento;
 - Consideram-se todos os itens/procedimentos enviados no primeiro lançamento agregando-se as informações posteriores (pagamentos e glosas) enviados nos lançamentos seguintes.
279. A identificação do beneficiário se dá através dos seguintes campos:
- Número do Cartão Nacional de Saúde (principal ou secundários que pertençam ao mesmo indivíduo); ou
 - CPF do Beneficiário; ou
 - Sexo, Data de Nascimento e Código IBGE do Município de Residência.
280. O Evento de Internação tem sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais Guias que compõem o evento são vinculadas à esta Guia de Resumo de Internação através do número de solicitação de internação. Caso esse número de solicitação de internação não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

281. Caso a Guia de Resumo de Internação não tenha sido encaminhada para a ANS o evento de internação não será formado.

282. Um evento de atendimento de internação será criado a partir de guias de atendimento de internação referentes a uma mesma operadora, com a mesma informação de número de solicitação de internação, referentes a um mesmo indivíduo e cujo atendimento tenha sido executado por um mesmo prestador de serviço de saúde que esteja apto a realizar internações.

283. Serão consideradas como sendo guias complementares de um evento de atendimento de internação:

- Guias de atendimento do tipo SP/SADT que possuem o campo número de solicitação de internação preenchido com um número válido;
- Guias de atendimento do tipo SP/SADT contidas em uma cadeia de dependência de uma outra guia de SP/SADT incorporada a um evento de atendimento de internação;
- Guias de atendimento do tipo honorário, independentemente do preenchimento do número de solicitação de internação;
- Guias de atendimento de internação executados por prestadores de serviço de saúde NÃO considerados como aptos a realizarem internações.

284. Uma guia complementar será vinculada a um evento de atendimento de internação quando ambos se referirem a mesma operadora e indivíduo e ocorrer uma das seguintes situações:

- Ambos possuem o mesmo número de solicitação de internação e a data de realização da guia complementar está contida no período de duração do evento de internação ou a data de realização da guia complementar é igual a data de início do evento;
- Ambos possuem o número de identificação (CPF/CNS) do paciente atendido informado, o evento de internação possui um número de solicitação de internação diferente do número informado na guia complementar e a data de realização da guia complementar está contida no período de duração do evento de internação ou a data de realização da guia complementar é igual a data de início do evento;

- A guia complementar é do tipo SP/SADT e participa de uma cadeia de dependência de uma outra guia de SP/SADT já incorporada a um evento de atendimento de internação.

285. Uma guia de SP/SADT é referenciada como sendo a guia principal de uma outra guia de SP/SADT quando as guias possuem todas as características listadas abaixo:

- Ambas possuem o mesmo código de registro ANS da operadora responsável;
- Ambas possuem a mesma data de realização do atendimento;
- Ambas possuem a informação do número de identificação do beneficiário atendido informado e estes números pertencem ao mesmo indivíduo;
- O campo “Número da Guia de SP/SADT Principal” da guia vinculada possui o mesmo código contido no campo “Número da Guia do Prestador” da guia principal de SP/SADT.

286. A data de início do evento de atendimento de internação será preenchida com a informação da menor data de realização preenchida nas guias de atendimento que compõem o evento e que foram executadas por prestadores de serviço de saúde aptos a realizarem internações.

287. A data de fim do evento de atendimento de internação será preenchida com a informação da maior data de fim de faturamento preenchida nas guias de atendimento de internação que compõem o evento e que foram executadas por prestadores de serviço de saúde aptos a realizarem internações.

288. Considera-se um prestador de serviço de saúde apto a realizar internações quando este for do tipo pessoa jurídica e atender a uma das condições listadas abaixo:

- O prestador de serviço de saúde ser localizado na base do CNES e seu tipo de estabelecimento registrado nesta base ser compatível com atividades que envolvam atendimentos de internação;
- O prestador de serviço de saúde NÃO ser localizado na base do CNES e o código de classificação nacional de atividade econômica (CNAE) atribuído a este prestador na base da Receita Federal ser compatível com atividades que envolvam atendimentos de internação.

289. Abaixo citamos exemplos da situação de envio de dados:

Exemplo:

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.

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.

Quadro 6 – Exemplo

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor	Valor	Valor	Data Pagto	Transação
					Liberado	Glosa	Pago		
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	15/07/2014	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

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.

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.

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.

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.

Quadro 7 – Exemplo

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor	Valor	Valor	Data Pagto	Transação
					Liberado	Glosa	Pago		
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

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

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.

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.

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.

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.

Quadro 8 – Exemplo

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor	Valor	Valor	Data Pagto	Transação
					Liberado	Glosa	Pago		
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

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

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.

Quadro 9 – Exemplo

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

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

Para realizar o estorno de um valor pago, observar o exemplo abaixo:

Primeiro processamento da guia na operadora: uma guia que foi recebida pela operadora em 10/04/2015 e foi paga em 10/05/2015 no valor R\$ 1.000,00. Esta operadora envia as informações até 25/06 e 25/07 respectivamente. Segundo processamento da guia na operadora: em agosto de 2015 a operadora verificou que realizou o pagamento de valor indevido nesta guia pagando 200,00 reais a mais do que deveria. Neste momento a operadora identifica que abaterá os R\$ 200,00 do montante a ser pago ao prestador em agosto/2015. A operadora deve então, enviar a informação para a ANS referente a esta guia com um valor negativo de R\$ 200,00 de pagamento. Este valor negativo deve figurar também no item da guia a que se refere este abatimento.

Quadro 10 – Exemplo

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor	Valor	Valor	Data Pagto	Transação
					Liberado	Glosa	Pago		
Abr/2015	200	10/04/2015	1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,0	0,00		Inclusão
Mai/2015	200	10/05/2015	1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00	1.200,00	10/05/2015	Inclusão
Ago/2015	200	15/08/2015	1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00	-200,00	15/08/2015	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 11 – Exemplo - Itens enviados no evento/guia (competência abril/2015):

Procedimento Item	Quant. Informada	Valor Informado	Quant. Paga	Valor Pago
1	1	200,00	0	0,00
2	2	800,00	0	0,00

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 12 – Exemplo - Itens enviados no evento/guia (competência maio/2015):

Procedimento Item	Quant. Informada	Valor Informado	Quant. Paga	Valor Pago
1	1	200,00	1	200,00
2	2	800,00	2	1.000,00

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 13 - Exemplo - Itens enviados no evento/guia (competência agosto/2015):

Procedimento Item	Quant. Informada	Valor Informado	Quant. Paga	Valor Pago
2	2	800,00	2	-200,00

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

O envio dos itens assistenciais e procedimentos de um evento/guia deve obedecer ao seguinte critério: o primeiro lançamento deve conter todos os itens assistenciais e procedimentos existentes, tendo sido pagos ou não.

Quadro 14 – Exemplo – Evento/Guia enviado

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

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 15 – Exemplo – 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

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em um segundo lançamento só devem ser incluídos aqueles itens/procedimentos que sofreram alguma alteração em relação ao envio da competência anterior.

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:

Quadro 16 – Exemplo – Evento/Guia enviado

Compet.	Guia	Data Proc.	Valor Informado	Valor Processado	Valor	Valor	Valor	Data Pagto	Transação
					Liberado	Glosa	Pago		
Out/2014	500	10/10/2014	1.000,00	900,00	100,00	100,00	100,00	10/10/2014	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 17 – Exemplo – 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

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

O envio de informações em pacotes definidos por operadoras e prestadores, formados por itens identificados como de envio individualizado à ANS, conforme tabela TUSS 64, contendo ou não itens identificados como envio consolidado à ANS, na mesma tabela 64, deve seguir a 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.

O envio de dados em pacotes definidos por operadoras e prestadores, formados exclusivamente por itens identificados como de envio consolidado na tabela 64-Forma de envio para a ANS, deve seguir a 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.

No exemplo abaixo, temos na primeira linha um lançamento na tabela 98–Tabela Própria de Pacotes do código 981000, 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 30909031 - Hemodiálise crônica (por sessão), 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 hemodiálise crônica, o qual deve ser enviado de forma individualizada para a ANS, conforme descrito na tabela 64-Forma de envio para a ANS.

Quadro 18 – Exemplo – Envio de pacotes

Tabela referência	Código procedimento/item	Valor Informado	Quant. Informada	Quant. Paga	Valor Pago
98	981000	5.000,00	1	1	5.000,00
22	30909031			10	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

Pagamento a operadora intermediária, nos casos de rede indireta ou intercâmbio eventual: Atendimento a beneficiário da operadora 000001, por

prestador da operadora 123456, no valor de R\$ 90,00 mais taxa de administração ou intermediação de R\$ 10,00.

Quadro 19 – Exemplo – Pagamento a operadora intermediária

Informações do atendimento											
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	CNS Beneficiário	Guia	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabe.	Valor Informad o	Valor Pago	Data do Pagto	Operação
Jun/17	000001	10	15	120	15/06/2017	123456		100	0		Inclusão
Jul/17	000001	10	15	120	15/07/2017	123456		100	100	15/07/2017	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo:

Atendimento em rede própria da operadora com o mesmo CNPJ: Atendimento a beneficiários da operadora 000001, por serviço próprio com o mesmo CNPJ da operadora, com custo de R\$ 60,00 por atendimento, calculado conforme o estabelecido no Anexo da RNº 290 e suas atualizações.

Quadro 20 – Exemplo – Atendimento em rede própria da operadora com o mesmo CNPJ

Informações do atendimento											
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	CNS Beneficiário	Guia	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabe l.	Valor Informad o	Valor Pago	Data do Pagto	Operação
Set/17	000001	CNPJ da operadora 000001	156	120	15/09/2017			60	0		Inclusão
Set/17	000001	CNPJ da operadora 000001	934	120	15/09/2017			60	0		Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Regras para informação de contratação por valor preestabelecido

290. A chave de acesso aos lançamentos enviados à ANS, referente ao bloco “Informações de contratação por valor preestabelecido”, é composta pelos seguintes campos:

- Número do registro da operadora na ANS;
- Identificação do prestador de serviços:
 - o CNES;
 - o Tipo de identificação (1 para CNPJ ou 2 para CPF);
 - o CNPJ ou CPF.
- Código do município do prestador;
- Registro ANS da operadora intermediária;
- Identificador de contratação por valor preestabelecido;
- Data de processamento.

291. Em cada arquivo enviado todos os lançamentos com tipo de registro igual a “inclusão” devem ter o mês/ano da data de processamento igual ao mês/ano da competência do arquivo.

292. O ano e mês da data de competência da cobertura contratada informada no arquivo devem corresponder a uma competência vigente na base de dados de competências na data em que o arquivo foi recepcionado na base de dados do PTA.

293. Não deve haver repetição do identificador do valor preestabelecido para outra contratação informada à ANS.

294. Caso a operadora solicite a alteração ou exclusão de um lançamento de valor preestabelecido que não conste na base de dados de valor preestabelecido ou esteja inativo, o lançamento enviado será rejeitado.

295. Caso a operadora solicite a inclusão ou exclusão de um lançamento de valor preestabelecido e a competência da cobertura contratada não esteja de forma sequencial para o contrato na base de dados da ANS, o lançamento enviado será rejeitado.

296. Não é possível excluir um registro de identificação de valor preestabelecido enquanto houver lançamentos vinculados a ele. Neste caso, a operadora deve

excluir todas as informações vinculadas àquele registro, iniciando pelos últimos lançamentos incorporados até o primeiro envio da conta, para conseguir fazer a exclusão completa dos dados.

297. Nos casos de operação com outra operadora (operadora intermediária) com valor preestabelecido, o campo Tipo de atendimento por operadora intermediária, do bloco “Informações do atendimento”, deve ser preenchido com 2 (atendimento continuado).

298. Na competência em que enviar a informação da contratação por valor preestabelecido, a Operadora também deve enviar as informações de quaisquer movimentos (cobrança, pagamento ou glosa), se houver, ou enviar “arquivos sem movimento”, para que sua obrigação frente à ANS seja considerada cumprida.

Exemplo: Contratação de outra operadora por valor preestabelecido:

Contratação da operadora 123456 pela operadora 000001 para atendimento a seus beneficiários, no valor preestabelecido de R\$ 5.000,00 por mês / ano de competência.

Quadro 21 – Exemplo – Contratação de outra operadora por valor preestabelecido

Informações de contratação por valor preestabelecido										
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	Data Proc.	Nº Reg. Intermediária	OPS	Id.Vlr Estabel.	Pré	Valor Contratada	Cobertura	Operação
Ago/2017	000001		15/08/2017	123456		321		5.000,00		Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 22 – Exemplo – Contratação de outra operadora por valor preestabelecido – informações do atendimento

Informações do atendimento											
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	CNS Beneficiário	Guia	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabel.	Valor Informado	Valor Pago	Data do Pagto	Operação
Ago/2017	000001	10	152	120	10/08/2017	123456	321	0,00	0,00		Inclusão
Ago/2017	000001	29	235	120	10/08/2017	123456	321	0,00	0,00		Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo: Contratação de prestador por valor preestabelecido:

Contratação do prestador 57 pela operadora 000001 para atendimento a seus beneficiários, com valor preestabelecido de R\$ 15.000,00 por mês / ano de competência.

Quadro 23 – Exemplo – Contratação de prestador por valor preestabelecido

Informações de contratação por valor preestabelecido							
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabel.	Valor Cobertura Contratada	Operação
Out/17	000001	57	05/10/2017		451	15.000,00	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 24 – Exemplo – Contratação de prestador por valor preestabelecido – informações do atendimento

Informações do atendimento											
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	CNS Beneficiário	Guia	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabel.	Valor Informado	Valor Pago	Data do Pagto	Operação
Out/17	000001	57	543	120	05/10/2017		451	0	0		Inclusão
Out/17	000001	57	723	120	05/10/2017		451	0	0		Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo: Contratação de um prestador por valor preestabelecido, com bonificação por atendimento:

Contratação do prestador 98 pela operadora 000001 para atendimento a seus beneficiários, com valor preestabelecido de R\$ 12.000,00 por mês / ano de

competência, com pagamento de adicional de R\$ 10,00 por atendimento, a título de bonificação.

Quadro 25 – Exemplo – Contratação de prestador por valor preestabelecido, com bonificação por atendimento

Informações de contratação por valor preestabelecido							
Competência	Nº Reg. OPS	Prestador	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabel.	Valor Cobertura Contratada	Operação
Mai/17	000001	98	12/05/2017		964	12.000,00	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 26 – Exemplo – Contratação de prestador por valor preestabelecido, com bonificação por atendimento – informações do atendimento

Informações do atendimento											
Compet.	Nº Reg. OPS	Prestador	CNS Benef	Guia	Data Proc.	Nº Reg. OPS Intermediária	Id.Vlr Pré Estabel.	Valor Informado	Valor Pago	Data do Pagto	Operação
Mai/17	000001	98	612	120	12/05/2017		964	10	10	12/05/2017	Inclusão
Mai/17	000001	98	96	120	12/05/2017		964	10	10	12/05/2017	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Regras para informação de fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários

299. A chave de acesso aos lançamentos enviados à ANS, referente ao bloco “Informações do fornecimento”, é composta pelos seguintes campos:

- Número do registro da operadora na ANS;
- Número de identificação do fornecimento direto;
- Data do fornecimento.

300. Em cada arquivo enviado todos os lançamentos com tipo de registro igual a “inclusão” devem ter o mês/ano da data do fornecimento igual ao mês/ano da competência do arquivo.

301. O ano e mês da data de fornecimento informada no arquivo devem corresponder a uma competência vigente na base de dados de competências na data em que o arquivo foi recepcionado na base de dados do PTA.
302. Nos lançamentos de alteração o código da tabela e o código do grupo do procedimento/item assistencial ou código do procedimento/item assistencial informados no arquivo para identificação de um procedimento/item assistencial, já deverão existir na base de dados de procedimentos para o mesmo lançamento em alteração.
303. Não deve haver repetição de identificador de fornecimento direto de materiais e medicamentos.
304. Caso a operadora solicite a alteração ou exclusão de um lançamento de fornecimento direto que não conste na base de dados de fornecimento direto ou esteja inativo, o lançamento enviado será rejeitado.
305. Nos lançamentos de alteração o valor total dos itens fornecidos deve ser maior ou igual à soma do valor fornecido dos procedimentos/itens assistenciais informados no arquivo e já existentes na base de dados.
1. **Exemplo:** Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários:
Fornecimento de medicamento a beneficiários da operadora 000001.

Quadro 27 – Exemplo – Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários

Informações do Fornecimento						
Competência	Nº Reg. OPS	Data Fornecimento	CNS do Beneficiário	Id. Fornecimento	Valor Total dos itens fornecidos	Operação
ago/17	1	15/08/2017	125	321	2.000,00	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 28 – Exemplo – Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários – itens fornecidos

Informações dos itens Fornecidos				
Tabela de Referência	Código do item	Qtde Informada	Valor fornecido	Item
20	90521714	5	200	
20	90525469	3	150	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Regras para informação de outras despesas assistenciais

306. A chave de acesso aos lançamentos enviados à ANS, referente ao bloco “Informação de despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração”, é composta pelos seguintes campos:

- Número do registro da operadora na ANS;
- Data do processamento;
- Tipo de identificação do recebedor;
- Número de cadastro do recebedor na Receita Federal (CNPJ ou CPF).

307. Em cada arquivo enviado todos os lançamentos com tipo de registro igual a “inclusão” devem ter o mês/ano da data do processamento igual ao mês/ano da competência do arquivo.

308. O ano e mês da data de processamento informada no arquivo devem corresponder a uma competência vigente na base de dados de competências na data em que o arquivo foi recepcionado na base de dados do PTA.

309. Caso a operadora solicite a inclusão de um lançamento de outra remuneração que já conste na base de dados de outra remuneração e esteja ativo, o lançamento enviado será rejeitado.

310. Caso a operadora solicite a alteração ou exclusão de um lançamento de outra remuneração que não conste na base de dados de outra remuneração ou esteja inativo, o lançamento enviado será rejeitado.

Exemplo: Despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração:

Contratação de equipe multidisciplinar para orientação a grupo de beneficiários participantes de programa de promoção de envelhecimento ativo.

Quadro 29 – Exemplo – Despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração

Despesas assistenciais de outras formas de remuneração						
Competência	Nr.Reg Operadora	Data Proc.	Id.Recebedor	Valor total informado	Valor total pago	Operação
nov/17	1	02/11/2017	762	6.000,00	6.000,00	Inclusão
nov/17	1	02/11/2017	321	16.000,00	16.000,00	Inclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

XI. Acompanhamento dos dados enviados à ANS pelas operadoras

311. Além do acompanhamento do processamento dos arquivos enviados, a operadora poderá consultar o Relatório de incorporação dos dados do padrão TISS na ANS e a relação das guias pendentes de inclusão na aplicação do Padrão TISS.

312. Para fins de entendimento, a guia pendente de inclusão ocorre quando um lançamento de inclusão enviado pela operadora não é incorporado ao banco de dados e não existe nenhum outro lançamento para a mesma guia que tenha sido incorporado. A ANS considera que, se houve a tentativa de envio, é porque existe um lançamento que deve ser informado. Ao deixar de enviá-lo corretamente, a operadora fica devendo essa informação, enquadrada na categoria “guia pendente de inclusão”.

313. A operadora poderá acompanhar, ainda, a Relação de Guias em Aberto (Valor Informado diferente de Valor Pago + Valor da Glosa) e o Relatório de Batimento TISS x DIOPS, na Central de Relatórios no endereço eletrônico www.gov.br/ans/pt-br em área de acesso restrito à operadora.

XII. Prazos

314. As datas de fim de implantação das versões são as seguintes:

- Versão 04.03.00 do Componente de Comunicação: data fim de implantação em 30/06/2026.

- Versão 01.06.00 do Componente de Comunicação: data fim de implantação em 30/06/2026.

- Versão 202511 dos componentes de Conteúdo e Estrutura, Segurança e Privacidade – data fim de implantação em 30/06/2026.

315. No Componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS), as datas de início de vigência e fim de implantação são estabelecidas para cada código TUSS.

316. O envio obrigatório dos dados do padrão TISS para a ANS é devido pela operadora de plano privado de assistência à saúde, mensalmente e de forma eletrônica, a partir da competência setembro de 2014. O cronograma de envio é definido pela DIDES e divulgado no endereço eletrônico da ANS na internet www.gov.br/ans/pt-br.

317. A partir de 30/11/2025 as operadoras só poderão enviar para a ANS seus arquivos nas versões 01.05.00 e 01.06.00.

318. A alteração do preenchimento do CNPJ, de numérico para alfanumérico, somente terá eficácia a partir de 01 de julho de 2026, de acordo com o estabelecido pela Receita Federal do Brasil na Instrução Normativa RFB nº 2.229/2024.

319. Em caráter excepcional, no envio de dados para a ANS os novos campos criados na versão 4.0 (regime de atendimento e saúde ocupacional) receberam críticas conforme a versão enviada pelo prestador de serviços à operadora. Além disso o campo tipo de atendimento também recebeu uma crítica vinculada à versão recebida pela operadora. O prazo para suspender a flexibilização das críticas adotadas no sistema foi prorrogado de 31/12/2023 para o dia 30/04/2024 e depois para 31/12/2024.

320. No decorrer do ano de 2024, a ANS acompanhou, através dos dados enviados pelas operadoras, o percentual de troca de informações na versão 4.0 e posteriores. Esse acompanhamento mostrou que, apesar de grande parte das trocas estar sendo realizada nas versões 4.0 ou posteriores (cerca

de 72% das guias recebidas na competência de agosto de 2024), uma parte considerável das transações ainda era realizada em versões anteriores. Caso a ANS deixasse de flexibilizar as críticas a partir de 31/12/2024, esse percentual deixaria de ser recebido e causaria impacto tanto nos processos de trabalho da própria ANS quanto naqueles que envolvem as operadoras.

321. Assim, a ANS decidiu manter a flexibilização das críticas e iniciar outras ações visando aumentar a aderência de prestadores e operadoras às versões atuais do Padrão TISS. As regras flexibilizadas são as seguintes:

- Regime de atendimento: deve ser informado em guias de consulta ou SP/SADT quando a versão do padrão enviado pelo prestador à operadora seja igual ou posterior à versão 4.
- Saúde ocupacional: caso seja informado o campo saúde ocupacional e a versão do padrão enviada pelo prestador à operadora seja anterior à versão 4, o lançamento será rejeitado pela ANS.
- Tipo de atendimento: caso a versão enviada pelo prestador à operadora seja anterior à versão 4 e o tipo de atendimento seja maior que 22, o lançamento será rejeitado pela ANS.

322. 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 501)

323. O prazo limite de implantação das atualizações do Padrão TISS não será inferior a três meses e não superior a doze meses após o início da vigência da respectiva versão. (RN 501)

XIII. Penalidades

324. O não cumprimento dos prazos de envio dos dados do Padrão TISS à ANS configurará infração administrativa prevista no artigo 39 da RN 489, de 29 de março de 2022. (RN 501)

325. O não cumprimento de regras relativas ao padrão configurará infração administrativa prevista no artigo 47 da RN 489, de 29 de março de 2022 (RN 501)

XIV. Atualização do Padrão TISS

326. 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 501)
327. Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, indicar as entidades com representação no COPISS e seu estatuto. (RN 501)

Regras de solicitação de alteração do Padrão TISS

328. A alteração do Padrão TISS deve ser solicitada à entidade de representação da Operadora, Prestador de Serviços de Saúde ou solicitante no COPISS ou diretamente à ANS.
329. Antes de formalizar o pedido de alteração do Padrão TISS, o solicitante deve verificar se sua demanda já existe perante a ANS, através de consulta ao controle Padrão TISS_Solicitações de aprimoramento, disponibilizada na página do Padrão TISS no site da ANS.
330. A entidade de representação da Operadora, Prestador de Serviços de Saúde ou solicitante no COPISS é responsável por verificar a pertinência da solicitação de aprimoramento e posterior encaminhamento à ANS.
331. Caso a entidade de representação verifique que a demanda é pertinente, formaliza o pedido para a ANS através de envio de Ofício (modelo disponível na página do Padrão TISS, no site da ANS) e Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS (disponível na página do Padrão TISS, no site da ANS). O Ofício deve ser assinado pelo demandante/responsável. Operadoras deverão anexar tais documentos através de abertura de processo eletrônico no SEI, por e-protocolo no Portal Operadoras. Demais entidades farão o mesmo, porém, através de cadastro externo no SEI. Endereço eletrônico para cadastrar demanda através de processo eletrônico no SEI: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/protocolo>
332. A entidade deverá anexar ao processo o Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS em formato de planilha eletrônica, dentro de uma pasta compactada, no padrão ZIP.

Figura 3 – Modelo de Ofício de solicitação de aprimoramento do Padrão TISS

MODELO DE ENVIO DE SOLICITAÇÃO DE APRIMORAMENTO DO PADRÃO TISS

Cidade, dd de mês de aaaa.

À
Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de informações e
Desenvolvimento Setorial- GPIND
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Avenida Augusto Severo, nº 84 - 2º andar – Glória – Rio de Janeiro.
CEP: 20021-040 – Rio de Janeiro/RJ

Assunto: Solicitação de aprimoramento do Padrão TISS.

|

Prezado(a) Senhor(a),

Em conformidade ao disposto na Resolução Normativa - RN nº 501, de 30 de março de 2022, solicito a (1) Inclusão / (2) Alteração / (3) Exclusão do(s) termo(s) listado(s) em anexo na representação de conceitos em saúde da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

Atenciosamente,
(nome do demandante)
(cargo)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Regras de preenchimento do Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS

333. O formulário de solicitação "Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS" deverá ser utilizado para pedidos referentes a todas as categorias do Padrão TISS, exceto para a TUSS 22, para a qual deve ser utilizado formulário próprio.
334. As informações de preenchimento obrigatório estão identificadas com (*) e devem ser preenchidas pelo demandante.
335. A solicitação sem as informações obrigatórias não será avaliada.
336. As informações de preenchimento obrigatório para solicitações referentes a Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME estão indicadas com (**).
337. Não alterar o formato do Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS.
338. Não "mesclar" as células do Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS.
339. O Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS e o ofício com pedido de aprimoramento do Padrão TISS deverão ser encaminhados à ANS. Operadoras deverão anexar tais documentos através de abertura de processo eletrônico no SEI, por e-protocolo no Portal Operadoras. Demais entidades farão o mesmo, porém, através de cadastro externo no SEI. Endereço eletrônico para cadastrar demanda através de processo eletrônico no SEI: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/ans-digital-1>. A entidade deverá anexar ao processo o Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS em formato de planilha eletrônica, dentro de uma pasta compactada, no padrão ZIP.

Preenchimento dos campos do Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS

340. **Dados do Demandante**

1. Nome (*): Deve ser preenchido com o nome do demandante que está solicitando a alteração;
2. Tipo de Demandante (*): Deve ser preenchido conforme "Tabela de Tipo de Demandante":

Quadro 30 – Tabela de tipo de demandante

Tabela de Tipo do Demandante	
Código	Descrição da categoria
1	Operadora
2	Prestador de serviço
3	Consumidor
4	Gestor
5	ANS

Fonte: Elaborado pelos autores.

- CPF/CNPJ (*): Informar o CPF ou CNPJ do demandante;
- Telefone (*): Informar o telefone do demandante;
- E-mail (*): Informar o e-mail do demandante;
- Empresa ou Instituição (*): Informar a empresa ou instituição onde o demandante trabalha;
- Endereço (*): Informar o endereço do demandante;
- Cidade (*): Informar a cidade do demandante;
- UF (*): Informar a unidade da federação do demandante;
- CEP (*): Informar o código de endereçamento postal do demandante.

341. **Dados da Solicitação**

- Código da categoria (*): Informar o número da categoria em que está sendo solicitada a alteração conforme Tabela de domínio "Tabela de Categoria do Padrão TISS";
- Descrição da Categoria (*): Informar a descrição da categoria em que está sendo solicitada a alteração conforme tabela de domínio "Tabela de Categoria do Padrão TISS":

Quadro 31 – Tabela de categoria do Padrão TISS

Tabela de Categoria do Padrão TISS	
Código	Descrição da categoria
1	Componente Organizacional
2	Componente de Conteúdo e Estrutura
3	Componente de Representação de Conceitos em Saúde
4	Componente de Comunicação
5	Componente de Segurança e Privacidade
18	Terminologia de diárias, taxas e gases medicinais
19	Terminologia de materiais e OPME
20	Terminologia de medicamentos
22	Terminologia de procedimentos e eventos em saúde
23	Terminologia de caráter do atendimento
24	Terminologia de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
25	Terminologia de código da despesa
26	Terminologia de conselho profissional
27	Terminologia de débitos e créditos
28	Terminologia de dentes
29	Terminologia de diagnóstico por imagem
30	Terminologia de Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
31	Terminologia de estadiamento do tumor
32	Terminologia de faces do dente
33	Terminologia de finalidade do tratamento
34	Terminologia de forma de pagamento

35	Terminologia de grau de participação
36	Terminologia de indicador de acidente
37	Terminologia de Indicador de débito ou crédito
38	Terminologia de mensagens (glosas, negativas e outras)
39	Terminologia de motivo de encerramento
40	Terminologia de Origem da Guia
41	Terminologia de regime de internação
42	Terminologia de regiões da boca
43	Terminologia de sexo
44	Terminologia de situação inicial do dente
45	Terminologia de status da solicitação
46	Terminologia de status do cancelamento
47	Terminologia de status do protocolo
48	Terminologia de técnica utilizada
49	Terminologia de tipo de acomodação
50	Terminologia de tipo de atendimento
51	Terminologia de tipo de atendimento em odontologia
52	Terminologia de tipo de consulta
53	Terminologia de tipo de demonstrativo
54	Terminologia de tipo de guia
55	Terminologia de tipo de faturamento
56	Terminologia de natureza da guia
57	Terminologia de tipo de internação
58	Terminologia de tipo de quimioterapia

59	Terminologia de unidade da federação
60	Terminologia de unidade de medida
61	Terminologia de via de acesso
62	Terminologia de via de administração
63	Terminologia de grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
64	Terminologia de forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
65	Terminologia de metástases
66	Terminologia de nódulo
67	Terminologia de tumor
68	Terminologia de categoria de despesa
69	Terminologia de versão do componente de comunicação padrão
70	Terminologia de forma de envio do padrão
71	Terminologia de tipo de atendimento por operadora intermediária
72	Terminologia de tipo de identificação do beneficiário
73	Terminologia de etapas de autorização
74	Terminologia de motivos de ausência do código de validação
75	Terminologia de Cobertura especial
76	Terminologia de Regime de atendimento
77	Terminologia de Saúde ocupacional
78	Terminologia de Tipo de Pagamento
79	Terminologia de Modelos de Remuneração entre Operadoras e Prestadores
80	Terminologia de formato do documento
81	Terminologia de Tipo do documento
82	Terminologia de Centro de Consumo

87	Terminologia de tabelas de domínio
100	Legenda da mensagem de verificação de elegibilidade
101	Legenda da mensagem de resposta à verificação de elegibilidade
102	Legenda da mensagem de solicitação de autorização para realização de procedimentos
103	Legenda da mensagem de autorização para realização de procedimentos
104	Legenda da mensagem de envio de lote de anexos
105	Legenda da mensagem de recebimento de lote de anexos
106	Legenda da mensagem de solicitação de status de autorização
107	Legenda da mensagem de situação do status de autorização
108	Legenda da mensagem de envio de lote de guias para cobrança
109	Legenda da mensagem de recebimento de lote de guias de cobrança
110	Legenda da mensagem de solicitação de status do protocolo
111	Legenda da mensagem de situação do protocolo de cobrança
112	Legenda da mensagem de recurso de glosa
113	Legenda da mensagem de recebimento do recurso de glosa
114	Legenda da mensagem de resposta ao recurso de glosa
115	Legenda da mensagem de solicitação de status do recurso de glosa
116	Legenda da mensagem de solicitação de demonstrativos de retorno
117	Legenda da mensagem de demonstrativos de retorno para o prestador
118	Legenda da mensagem de comunicação de internação ou alta do beneficiário
119	Legenda da mensagem de resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário
120	Legenda da mensagem de solicitação de cancelamento de guia
121	Legenda da mensagem de resposta a solicitação de cancelamento da guia

122	Legenda da mensagem de informação acerca da negativa de autorização
123	Legenda da mensagem de informações sobre partos
124	Legenda da mensagem de envio de dados para ANS
125	Legenda da mensagem de utilização de serviços
126	Legenda da mensagem de negativa de autorização
127	Legenda da mensagem de informação sobre partos
128	Mensagem de verificação de elegibilidade (verificaElegibilidade)
129	Mensagem de resposta à verificação de elegibilidade (respostaElegibilidade)
130	Mensagem de solicitação de autorização para realização de procedimentos (solicitacaoProcedimento)
131	Mensagem de autorização para realização de procedimentos (autorizacaoServicos)
132	Mensagem de envio de lote de anexos (LoteAnexos)
133	Mensagem de recebimento de lote de anexos (recebimentoAnexo)
134	Mensagem de solicitação de status de autorização (solicitaStatusAutorizacao)
135	Mensagem de situação do status de autorização (situacaoAutorizacao)
136	Mensagem de envio de lote de guias para cobrança (LoteGuias)
137	Mensagem de recebimento de lote de guias de cobrança (recebimentoLote)
138	Mensagem de solicitação de status do protocolo (solicitacaoStatusProtocolo)
139	Mensagem de situação do protocolo de cobrança (situacaoProtocolo)
140	Mensagem de recurso de glosa (recursoGlosa)
141	Mensagem de recebimento do recurso de glosa (recebimentoRecursoGlosa)
142	Mensagem de resposta ao recurso de glosa (respostaRecursoGlosa)
143	Mensagem de solicitação de status do recurso de glosa (solicitacaoStatusRecursoGlosa)

144	Mensagem de solicitação de demonstrativos de retorno (solicitaçãoDemonstrativoRetorno)
145	Mensagem de demonstrativos de retorno para o prestador (demonstrativosretorno)
146	Mensagem de comunicação de internação ou alta do beneficiário (comunicacaoInternacao)
147	Mensagem de resposta à comunicação de internação ou alta do beneficiário (reciboComunicacao)
148	Mensagem de solicitação de cancelamento de guia (cancelaGuia)
149	Mensagem de resposta a solicitação de cancelamento da guia (reciboCancelaGuia)
150	Mensagem de envio de dados para ANS (envioOperadorasANS)
151	Anexo de outras despesas
152	Anexo de solicitação de quimioterapia
153	Anexo de solicitação de radioterapia
154	Anexo de solicitação OPME
155	Anexo tratamento odontológico - situação inicial
156	Guia de comprovante presencial
157	Guia de consulta
158	Guia de demonstrativo de análise da conta
159	Guia de demonstrativo de pagamento
160	Guia de demonstrativo de pagamento - tratamento odontológico
161	Guia de honorários
162	Guia de recurso de glosa
163	Guia de recurso de glosa odontológica
164	Guia de resumo de internação
165	Guia de serviços profissionais/serviço auxiliar de diagnóstico e terapia

166	Guia de solicitação de internação
167	Guia de solicitação de prorrogação de internação ou complementação do tratamento
168	Guia de tratamento odontológico

Fonte: Elaborado pelos autores.

- Tipo de solicitação (*): Informar o tipo de solicitação conforme tabela de domínio abaixo:

Quadro 32 – Tabela de tipo de solicitação

Tabela de Tipo de Solicitação	
Código	Descrição da categoria
1	Alteração
2	Inclusão
3	Exclusão

Fonte: Elaborado pelos autores.

- Descrição da solicitação (*): Descrever detalhadamente a solicitação. Se a solicitação se referir a alteração de TUSS preencher conforme abaixo:
- Se (1) Alteração ou (2) Inclusão, informar proposta de nome para o termo a ser incluído na TUSS;
- Se (3) Exclusão, informar o nome do termo, na TUSS, a ser excluído.
- Código na TUSS: Informar código do item na TUSS (casos de alteração ou exclusão de itens). A TUSS está disponível para consulta e download na página do Padrão TISS no site da ANS: www.gov.br/ans/pt-br.
- Registro na ANVISA (Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME e Medicamentos) (*): Informar número do registro na ANVISA.
- Se a OPME ou medicamento não possuir número de registro ou for isento, informar no próprio campo.
- Modelo na ANVISA (**): Informar modelo da OPME na ANVISA.
- Nome comercial do produto (Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME) (**): Informar nome comercial do produto e/ou dados de rotulagem do fornecedor/produto e/ou instruções de uso vinculadas ao registro da OPME.
- CNPJ da Empresa / Laboratório detentora do registro (*): Informar CNPJ detentor do registro.
- Razão Social da Empresa / Laboratório detentora do registro (*): Informar razão social detentora do registro.

- Justificativa: Informar resumidamente a necessidade do aprimoramento do Padrão TISS.
- Data da Solicitação: Informar data de solicitação de aprimoramento do Padrão TISS.

342. Legenda específica do Formulário de Solicitação de Alteração da tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde (TUSS 22):

- Descrever a correlação do termo solicitado com a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, se houver. Deve ser apontada a relação TUSS X Rol, de acordo com a tabela disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude>.
- Descrever se há correlação com outras solicitações de alteração/inclusão/exclusão. Se não houver código TUSS, usar o número sequencial do campo 11.
- Descrever os códigos TUSS afetados pela ação pretendida, se houver.

Processo de Alteração do Padrão TISS

Solicitar Alteração do Padrão TISS – Demandante

343. Acessar o site da ANS em Assuntos>Espaço do Prestador de Serviços em Saúde > Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar - TISS > Padrão TISS - Versão vigente;
344. Consultar a TUSS em questão para evitar pedidos de termos já contemplados ou equivalentes;
345. Consultar o controle de Solicitações de Aprimoramento do Padrão, para evitar pedidos já realizados;
346. Realizar download do modelo de Ofício (documento de texto) e Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS (planilha eletrônica);
347. Preencher os dados do modelo de Ofício conforme descrito no item “Ofício de solicitação de aprimoramento do Padrão TISS”;

348. O Ofício deverá ser assinado pelo demandante responsável;
349. Preencher os dados do Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS conforme descrito no item “Preenchimento dos campos do Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS”;
350. O Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS deverá ser anexado ao processo em formato de planilha eletrônica, em pasta compactada, no padrão ZIP, visando maior celeridade do processo de análise das solicitações.

Analisar pedido de Alteração do Padrão TISS – Entidade de representação no COPISS

351. Analisar a pertinência da solicitação de alteração do Padrão TISS quanto a:
- Utilização do item na troca de informações entre os agentes da saúde suplementar;
 - Preenchimento correto dos dados da solicitação;
 - Regras específicas em relação à Terminologia de Materiais e OPME.
352. Informar ao demandante a procedência ou improcedência de sua solicitação, bem como as devidas orientações.
353. Caso procedente, formalizar o pedido de aprimoramento à ANS através de envio de Ofício (modelo disponível na página do Padrão TISS no site da ANS) e Documento de Solicitação de Alteração do Padrão TISS (disponível na página do Padrão TISS no site da ANS).

Consolidar pedidos de Alteração do Padrão TISS – ANS

354. As demandas enviadas diretamente à ANS, via ofício e documento de solicitação de alteração do Padrão TISS, serão registradas no controle Padrão TISS_Solicitações de aprimoramento, disponível para consulta no site, e devidamente respondidas aos solicitantes.

355. As solicitações avaliadas como pertinentes pela entidade de representação no COPISS serão consolidadas para avaliação do respectivo Grupo Técnico.

Realizar análise- Grupos Técnicos

356. Registrar a análise para cada solicitação conforme modelo utilizado no respectivo Grupo Técnico, com os pareceres:

- Acatar;
- Não acatar; ou
- Acatar Parcialmente (informando a proposta de encaminhamento).

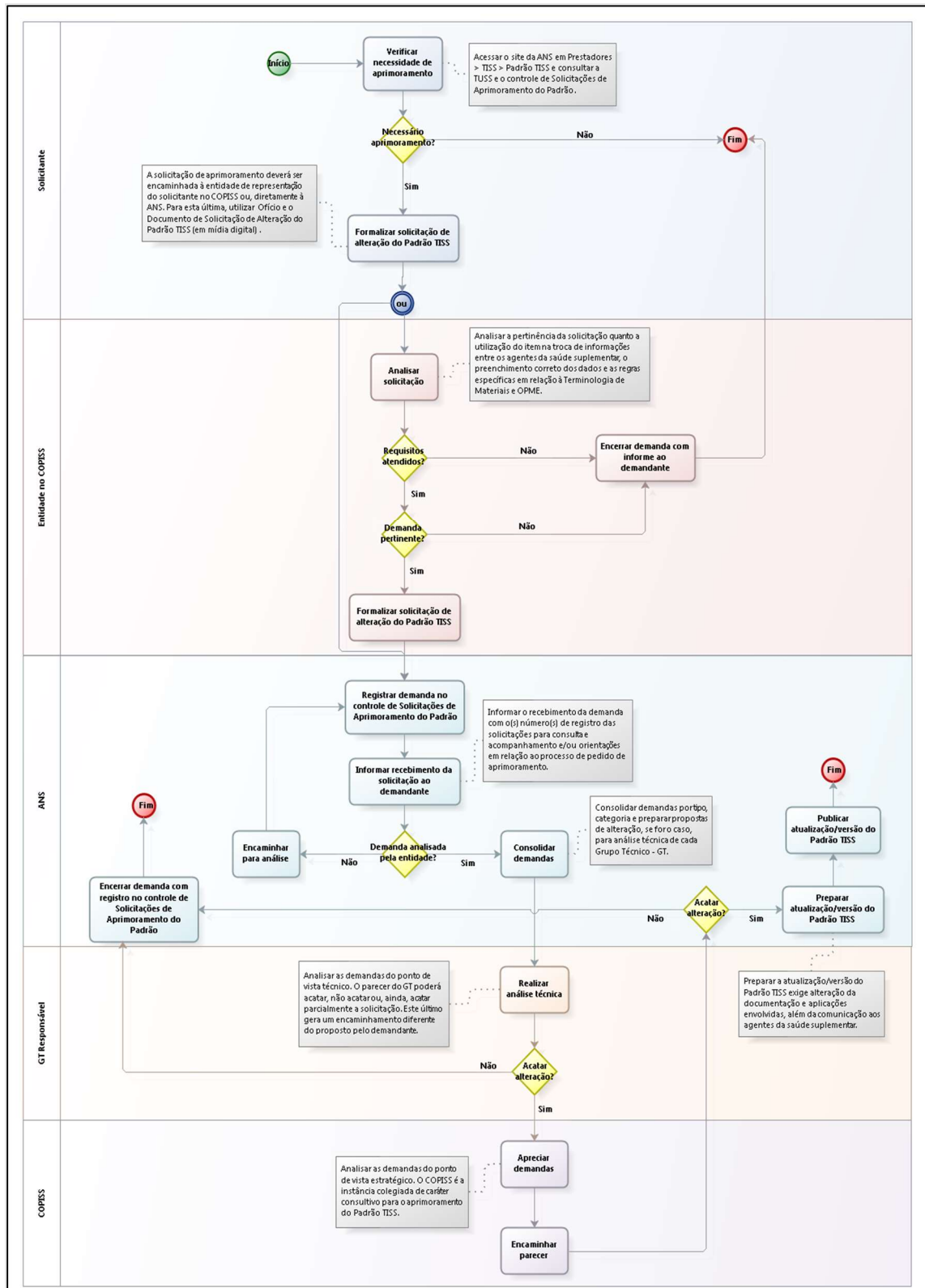
357. Encaminhar análise finalizada à ANS, para avaliação e posterior inserção na TUSS.

Quadro 33 – Análise das Solicitações – Grupo Técnico responsável

Análise Técnica - GT				
Forma de Análise	Data da Análise	Análise	Justificativa	Encaminhamento
Padrão COPISS	5/8/2014	Acatar	Atender o processo de trabalho entre operadoras e prestadores	APEX MONORAIL - CATETER BALAO DE DILATAÇÃO PARA PTCA - H7493895908500

Fonte: Elaborado pelos autores.

Fluxo do processo de solicitação de alteração do padrão TISS



Fonte: Elaborado pelos autores.

XV. Divulgação de novas versões

358. A ANS divulgará no endereço eletrônico www.gov.br/ans/pt-br, pelo Sistema Padrão TISS, os arquivos dos componentes do Padrão TISS a cada nova versão. (IN 9/DIDES)
359. Em contingência ao Sistema Padrão TISS a ANS disponibilizará o Padrão TISS em arquivos, no endereço eletrônico www.gov.br/ans/pt-br. (IN 9/DIDES)
360. A identificação da versão vigente é feita no quadro “Padrão TISS – identificação da versão vigente”, disponibilizado pela ANS no endereço eletrônico www.gov.br/ans/pt-br, no formato estabelecido no “Versionamento do Padrão TISS”.

XVI. Glossário

- Arquitetura dos dados: é a forma de organização do conjunto de termos do Padrão TISS;
- Atributos do termo: itens que qualificam o termo no processo em que é utilizado;
- COPISS: Comitê de Padronização de Informações na Saúde Suplementar;
- DIDES: Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Legenda: é a lista de termos, com seus atributos, que compõe determinado processo de troca de informações;
- OPME: sigla que significa Órtese, Prótese e Materiais Especiais;
- DMI: sigla que significa Dispositivo Médico Implantável
- Termo: texto que identifica a menor unidade do padrão;
- Troca de informações no padrão TISS: é o envio de informações de um agente para outro agente da Saúde Suplementar.

