

# Padrão TISS

## Guias e campos

03/01/2013  
AMAFRESP – Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP  
v 1.0

**1 – Quais são as guias estabelecidas?**

As guias estabelecidas são: guia de consulta, guia serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT), guia solicitação de internação, guia resumo de internação, guia honorário individual, guia tratamento odontológico (esta ainda em revisão) e guia outras despesas.

**2 – Os campos que têm a obrigatoriedade de preenchimento podem ser excluídos das guias?**

Os campos que não têm a obrigatoriedade de preenchimento não podem ser excluídos das guias.

**3 – As operadoras podem acrescentar em suas guias outros campos além dos estabelecidos pelo padrão TISS?**

Não. A nova Instrução Normativa nº 21 de 11 de agosto de 2006 que dispõe sobre a instituição da versão 2.0 do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários determina obrigatoriedade na adoção do padrão de conteúdo e estrutura (guias e demonstrativo de retorno) conforme descritas no anexo I da referida Instrução Normativa.

**4 - O número da guia é determinado pela operadora ou pelo prestador de serviço? Deve estar impresso em formulário ou pode ser gerado pelo sistema? Qual sequência deve obedecer?**

Não há regra para a numeração das guias em formato papel. Na transação eletrônica constam 2 campos para numeração: um para a operadora e outro para o prestador.

**5 - A operadora poderá adotar um único formulário unindo todas as guias?**

A estrutura das guias deve ser de acordo com a resolução normativa, ou seja, conforme o padrão TISS. Portanto, as guias não podem ser divididas, mescladas nem unificadas, seguindo também a resposta da questão 3 deste bloco.

**6 - O padrão TISS inclui também a troca de informações entre operadoras e ANS?**

Ficam mantidas as trocas de informação entre as operadoras e ANS como o SIB, SIP, DIOPS.

**7 - Como proceder com um beneficiário que não possua o Cartão Nacional de Saúde?**

O atendimento ao beneficiário de planos de saúde deverá ocorrer normalmente quando este não possuir o Cartão Nacional de Saúde. Importante observar que este campo não é obrigatório nas guias. A finalidade do campo Cartão Nacional de Saúde é dar início ao processo de identificação unívoca do beneficiário de planos de saúde, em concordância com o Ministério da Saúde.

**8 - Pode ser alterado o formato das guias impressas, bem como aumentar e/ou diminuir o número de linhas das Guias?**

Pode alterar o tamanho das guias, mas as informações contidas na guia padrão não podem ser modificadas (campos, ordem, numeração, numero de linhas, etc...). A guia pode ser apresentada tanto em paisagem quanto retrato. O tamanho da impressão também não é exigido como padrão assim como a cor. O número de linhas do formulário para descrição de serviços e procedimentos também não poderá ser alterado. A ANS realizará fiscalização para analisar os formatos das guias.

**9 - No demonstrativo de análise de conta médica é possível enviar apenas as informações sobre os itens que foram glosados ou é necessário enviar todos os itens da conta?**

No caso de não haver incidência de glosas em determinado item não há necessidade de apresenta-lo no demonstrativo de análise de conta médica. No caso do demonstrativo de pagamento, todas as informações da conta devem ser disponibilizadas.

**10 - De quem é a responsabilidade da impressão das guias?**

A responsabilidade da geração e impressão das guias é da Operadora. Qualquer outro acerto deve ser negociado entre as partes.

**11 - Os prestadores que são responsáveis por imprimir a guia através de acordo firmado são obrigados a inserir o logo da operadora nos formulários?**

Não há obrigatoriedade de inclusão do logotipo nas guias do padrão TISS. A única obrigatoriedade está na existência do registro ANS na identificação da operadora. O prestador que imprimir a guia poderá, ou não, inserir seu logotipo no espaço reservado.

**12 - Como utilizar os campos destinados a % de redução e % de acréscimo?**

Devem ser utilizados valores decimais para definir os valores de acréscimo e redução. Os valores em questão informados em ‘% acréscimo/redução’ devem ser multiplicados ao valor estipulado no campo ‘valor unitário’, e levando-se em conta a quantidade do serviço, apresentado no valor total. Exemplo: Em um procedimento de valor R\$50,00

Acréscimo de 10%:

$$50,00 \times 1,10 = 55,00$$

Redução de 10%:

$$50,00 \times 0,90 = 45,00$$

**13 - Em pacientes internados de longa permanência, o campo de solicitação de autorização de procedimentos na guia de Solicitação de Internação, permite 5 procedimentos + 6 procedimentos no verso. Caso seja necessário um maior número de solicitações de procedimento, como deve ser solicitado?**

Caso haja necessidade de solicitar mais procedimentos além do número permitido em uma guia, deve ser aberta uma nova solicitação. A nova solicitação pode conter o mesmo número do formulário anterior.

**14 - Se o número de linhas disponíveis para apresentação de procedimentos em uma internação ou atendimento ambulatorial ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder?**

Deve ser aberta uma nova guia para descrição dos procedimentos que ficaram fora da primeira guia. A guia complementar pode ter o mesmo número da guia inicial ou então receber um novo número e ser ligada através do campo ‘Número da Guia Principal’.

**15 - Se o número de prorrogações em uma internação ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder?**

Deve ser aberta uma nova guia de solicitação em branco, sendo preenchida apenas a identificação do beneficiário e do prestador e com as referidas prorrogações.

**16 - Para solicitação de Medicamentos de alto custo, como antibióticos ou quimioterápicos, qual campo deve ser solicitado nas guias de Solicitação de Internação e SADT/SP?**

Devem ser utilizados os mesmos campos destinados a solicitação de procedimentos.

**17 - Quando enviarmos as contas para as operadoras não tem nenhum documento para protocolarmos? Tipo capa de lote, etc.?**

Este documento fica a cargo de cada entidade definir. No momento não existe padrão para tal formulário. Na troca eletrônica está questão está sendo contemplada Para condições especiais como auditoria, a operadora deverá utilizar documentação própria. Futuramente poderão ser estabelecidos padrões de troca de informação deste tipo de atividade.

**18 - Em caso de pedido de reembolso por realização de procedimentos em prestadores não credenciados, quais guias deverão ser preenchidas pelo beneficiário do plano?**

O reembolso não está padronizado, portanto continuam valendo os formulários e procedimentos atualmente adotados pelas operadoras, beneficiários e prestadores. Podem ser diferentes. Alguns exemplos podem ser citados: quando a Operadora não autoriza todos os procedimentos solicitados e quando o paciente não vai às consultas, assim o profissional não executará o(s) procedimento(s) solicitado(s).

**19 - Como proceder para receber uma guia de SP/SADT para cobrança de um ou mais exames em nome do prestador que é um laboratório, mas o pagamento é realizado diretamente a mais de um medico cooperado e não diretamente ao prestador que cobrou?**

A guia tem de vir em nome do médico que receberá o pagamento e não em nome do laboratório, uma para cada médico que for receber alguma coisa. O conceito geral é uma guia para cada prestador que está cobrando a Unimed. Mas atenção: há uma exceção no que se refere a exames de imagem (rx, ecografias, tomografias, ressonância), onde o custo operacional do equipamento e o filme são pagos para a clínica e o honorário para o médico cooperado. Neste caso, a conta vem em uma guia de SADT onde os campos 30 e 31 (contratado executante) designam a clínica e os campos 40a e 41 o médico (contratado executante complementar).

**20 - Em uma guia de outras despesas é necessário apresentar os serviços listados por data ou é possível agrupar serviços do mesmo tipo para apresentá-los unicamente?**

Na guia de outras despesas não é necessário descrever todos os serviços data a data conforme são realizados. É possível demonstrá-los uma única vez totalizando as quantidades e valores do serviço.

**21 - Como proceder quando o cnpj ou cpf do profissional executante ou profissional médico não for conhecido pelo prestador?**

Nesses casos deve-se preencher os campos correspondentes com o número do conselho profissional nos formulários em papel.

**22 - Como proceder quando a informação a ser preenchida no campo 'plano' não for conhecida?**

No caso em questão deve ser informado o nome do convênio / operadora em substituição a informação.

**23 - A mensagem de demonstrativo de retorno é obrigatória ou a operadora pode se negar a enviá-la ao prestador?**

O demonstrativo de retorno deve ser enviado obrigatoriamente sempre que o prestador o solicite. O demonstrativo de retorno deve ser enviado respeitando o que foi solicitado pelo prestador, número do lote, período de processamento, etc. Para o caso de solicitações realizados por período de vigência, fica facultado a operadora definir datas limites para a solicitação.

**24 - No caso dos pedidos médicos e solicitações realizadas em formulário em papel, é possível apresentar mais de um item na mesma linha?**

Sim. No caso de insuficiência de linhas e por questões econômicas, no caso de pedidos médicos e solicitações, pode ser solicitado em uma única linha (descrição) mais de um procedimento.

**25 - Quando o CPF do profissional solicitante for desconhecido (principalmente no caso do profissional não fazer parte da rede credenciada) como proceder para o preenchimento das guias, seja em papel ou eletrônico?**

Foi definido que na ausência do CPF do profissional médico poderá ser utilizado um código próprio de identificação ou ainda a utilização do próprio número do registro profissional.

**26 - Como preencher uma guia quando um paciente somente tomar alguma medicação sem haver outro procedimento realizado? Qual guia utilizar?**

No caso do atendimento ocorrer em regime ambulatorial deve ser usada uma guia de SP/SADT. O medicamento deve ser informado na guia de outras despesas e na guia principal deve-se manter o bloco de 'procedimentos realizados' em branco.

**27 - Com o TISS será possível continuar trabalhando com pacote de serviços? Em caso positivo, onde os pacotes devem ser cobrados nas novas guias do padrão TISS?**

Sim, é possível trabalhar com pacotes no padrão TISS. Os pacotes devem ser apresentados como procedimentos e exames. Não será necessário abrir o conteúdo dos pacotes nas guias de faturamento.