

O QUE É TISS

O Padrão TISS (Troca de informação em Saúde Suplementar), é uma norma instituída pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabelece um padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos realizados em beneficiários de planos privados de saúde.

O padrão TISS é dividido em quatro partes:

1 – Representação de conceitos: constitui um conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados pela TISS.

2 – Conteúdo e estrutura: estabelece as guias e demonstrativos utilizados pelo setor de saúde suplementar, padronizando campos, formatos e regras de preenchimento.

O QUE É TISS

3 – Comunicação: define as transações eletrônicas, incluindo as regras de comunicação e segurança, entre os sistemas de informação das operadoras de plano de saúde e os sistemas de informações dos prestadores de serviços.

4 – Segurança: estabelece os requisitos mínimos das proteções administrativas, técnicas e físicas necessárias à garantia da confidencialidade das informações em saúde.

A implantação será feita gradualmente. Os prazos para implantação do padrão de comunicação poderão ser consultados no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

O manual tem como finalidade instruir os prestadores de serviço e as operadoras de plano privado de assistência a saúde que comercializam planos de saúde no preenchimento uniforme das guias do padrão TISS referente a odontologia.

Endereço de acesso ao Manual:

<http://www.eln.gov.br/opencms/opencms/aEmpresa/saude/>

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Procedimento Odontologia Eletronorte / Credenciado

Os tratamentos odontológicos serão realizados de acordo com o processo descrito abaixo*, devido às novas guias estabelecidas pela ANS. (duas guias) usadas pela eletronorte como frente e verso.

**A coloração das guias e os nomes utilizados são meramente para fins de exemplificação.*

TRATAMENTO SEM PERÍCIA INICIAL E FINAL

1º Passo - Guia emitida pelo Profissional Dentista:

A Clínica e/ou o profissional deverão preencher, após o primeiro atendimento ao beneficiário, a Guia de Tratamento Odontológico nos campos 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39, **achurados de verde** conforme ilustrado nas imagens abaixo.

Os campos 48 e 49 deverão ser assinados e carimbados pelo profissional no início do tratamento.

O beneficiário deverá assinar os campos 50 e 40, este último deverá ser assinado apenas na alínea em que conste o procedimento **CONSULTA INICIAL**.





O verso da guia, qual seja o Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial, **não** há necessidade de preenchimento neste momento. Porém deve assinalar o odontograma.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Obs.: Os campos 32 e 33 devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Domínio de odontologia do Manual Tiss (a partir da pagina 56), que pode ser encontrado pelo link:

<http://www.eln.gov.br/opencms/opencms/aEmpresa/saude/>

Legenda:

| | |
|---|-----------------------|
|  | Clinica / Dentista |
|  | Eletronorte |
|  | Beneficiário |
|  | Pericia / Eletronorte |

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

2º Passo – Guia Registrada na Eletronorte:

Na Eletronorte o gestor deverá registrar o tratamento e preencher o campo 4 com a data do registro do tratamento na empresa e o campo 2 com o número da autorização gerada.

Neste caso, como o tratamento não necessita das perícias inicial e final, o campo 38 deverá ser preenchido (S – Autorizado ou N - Não autorizado) **pelo gestor** na Eletronorte.

O campo 51 deverá ser assinado pelo gestor para fins de autorização do tratamento.

No verso, campo 22 e 25, o gestor deverá indicar e assinar que o tratamento não possui Perícia Inicial e Final.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

3º Passo - Tratamento Realizado pelo Profissional:

No término de cada procedimento **o profissional** deverá preencher o campo 39 com as respectivas datas de realização dos mesmos.

No campo 41 deverá ser inserida a data do término do tratamento.

O beneficiário deverá assinar no campo 40 em todos os procedimentos que foram realmente realizados.

No verso o beneficiário deverá assinar e datar o campo 24 para comprovação do término do tratamento.

4º Passo – Apresentação da Guia para Faturamento:

Realizados os passos 1, 2 e 3 o profissional poderá então apresentar as guias para faturamento.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

TRATAMENTO COM PERÍCIA INICIAL E FINAL

1º Passo - Guia emitida pelo Profissional Dentista:

A Clínica e/ou o profissional deverão preencher, após o primeiro atendimento ao beneficiário, a Guia de Tratamento Odontológico nos campos 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39.

Os campos 48 e 49 deverão ser assinados e carimbados pelo profissional no **início do tratamento**.

O beneficiário deverá assinar os campos 50 e 40, este último deverá ser assinado apenas na alínea em que conste o procedimento **CONSULTA INICIAL**.

O verso da guia, qual seja o Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial, o profissional deverá assinalar a Situação Inicial bem como os campos 20 e 21.

Obs.: Os campos 32 e 33 devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Domínio de odontologia do Manual Tiss (a partir da página 56), que pode ser encontrado pelo link:

<http://www.eln.gov.br/opencms/opencms/aEmpresa/saude/>

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

| E-Netronorte | | | | | | | | | | | | GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|-----------------------------|---|--|--|---|--|------------------------|-----------|----------|--|---|----|----------------------|---|---|--|--|----|---------------------|---|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 40195-0 | | | 3 - Data de Emissão da Guia 20/05/08 | | | 4 - Data da Autorização | | | 5 - Senha | | | 6 - Data Validade da Senha | | | 7 - Número da Guia Principal | | | 2 - N° | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - Número da Carteira 608224-0000 | | | | | | 9 - Plano 1 - PPRS | | | | | | 10 - Empresa | | | | | | 11 - Data Validade da Carteira 30/04/09 | | | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde | | | | | | | | | | | |
| 13 - Nome Gilberto Verissimo | | | | | | | | | | | | 14 - Telefone | | | 15 - Nome do titular do plano Gilberto Verissimo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 - Nome do Profissional Solicitante José Silva | | | | | | | | | | | | 17 - Número no CRO 3779 | | | 18 - UF DF | | | 19 - Código CBOS | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 011999000103 | | | | | | 21 - Nome do Contratado Executante Clínica Odontológica Jarbas | | | | | | 22 - Número no CRO 1412 | | | 23 - UF DF | | | 24 - Código CNES | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 - Nome do Profissional Executante José Silva | | | | | | | | | | | | 26 - Número no CRO 3779 | | | 27 - UF DF | | | 28 - Código CBOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - Tabela | | 30 - Código do Procedimento | | 31 - Descrição | | | | 32 - Dente/Região/Face | | 34 - Qto | | 35 - Quantidade US | | 38 - Valor R\$ | | 37 - Franquia/Co-participação | | 36 - Aut | | 39 - Cto Realização | | 40 - Assinatura | | | | | | | | | | |
| 1 | 94 | 73010002 | 2 | Consulta | | | | ASA1 | 01 | | | | 35 | 25 | | | | | 20 | 05 | 08 | | | | | | | | | | | |
| 2 | 94 | 73010057 | | Controle de placa | | | | ASA1 | 01 | | | | 46 | 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 94 | 73010190 | | Orientação de higiene bucal | | | | ASA1 | 01 | | | | 35 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S1 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S2 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S3 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S4 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S5 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S6 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 94 | 73010146 | | Tratamento de Gingivite | | | | S6 | 01 | | | | 19 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 94 | 71010130 | | Aplicação copica de Flúor | | | | ASA1 | 01 | | | | 33 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 - Data Término do Tratamento | | | | 42 - Tipo de Atendimento | | | | 43 - Tipo de Pagamento | | | | 44 - Total Quantidade US | | 46 - Valor Total R\$ | | 45 - Total Franquia / Co-participação R\$ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1 - Tratamento Odontológico 2 - Tabem Radiológico 3 - Otorrinolaringologia 4 - Urgência/Omniplexia 5 - Auditoria | | | | 1 - Total 2 - Parcial | | | | | | 264,27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional asessorante e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 - Observação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/05/08 | | | | | | | | | | | | 49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/08 | | | 50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/05/08 | | | 51 - Data, local e Carimbo da Empresa | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. José Silva
CRO 3779

Dr. José Silva
CRO 3779

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR


2º Passo – Guia Registrada na Eletronorte:

Na Eletronorte o gestor deverá registrar o tratamento e preencher o **campo 4** com a data do registro do tratamento na empresa e o **campo 2** com o número da autorização gerada.

No momento do registro o gestor deverá preencher o **campo 38** com a letra (N), quando o procedimento estiver em carência, justificando o motivo no verso.

No verso, **campo 22**, o gestor deverá carimbar e assinar, indicando que o tratamento fora registrado, e solicitar que o beneficiário realize as perícias inicial e final.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR



ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

1 - Número ANS
43.199-0

2 - Número de Matr. Profissional

Informações Gerais

1 - Nome

2 - Endereço

3 - Cidade/UF

Dados do Paciente

11 - Endereço Residencial / CEP / UF

12 - Nome do Consultor

13 - Número de CBO

14 - UF

15 - Categoria

26 - Endereço Profissional

27 - Número de CBO

14 - UF

15 - Categoria

Dados Clínicos

| Situação de Saúde | E | | | | | C | | | | | C | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Período de Saúde | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Ortodontia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endodontia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Período de Saúde | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Situação Inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16 - Tipo de plano de saúde contratado (se houver)

17 - Número do documento de identificação (se houver)


18 - Tipo de plano de saúde contratado (se houver)

19 - Categoria

20 - CBO

21 - Associação

GTO registrada, dirigir-se à perícia inicial antes de iniciar o tratamento e realizar perícia final após o término do mesmo.



19050008

22 - Data, local e Assinatura do Consultor/Coordenador

23 - Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável

24 - Data, local e Assinatura do Responsável

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

3º Passo – Perícia Inicial:

O campo 38 deverá ser preenchido (S – Autorizado ou N - Não autorizado) **pelo perito** no momento da realização da **perícia inicial**, confirmando a necessidade de realização dos procedimentos solicitados.

O campo 51 deverá ser assinado **pelo perito** para fins de autorização do tratamento.

O perito deverá indicar no **campo 22 do verso** da guia que o tratamento foi aprovado para realização, **assinar e datar neste mesmo campo**.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

4º Passo - Tratamento Realizado pelo Profissional:

Durante a realização do tratamento:

O **profissional** deverá preencher o campo 39 com as respectivas datas de realização dos procedimentos;

O **beneficiário** deverá assinar o campo 40, confirmando a realização dos procedimentos.

Após a realização do tratamento:

O **beneficiário** deverá assinar, **no verso**, o campo 24, confirmando o término do tratamento.

O **profissional** deverá preencher o campo 41 com a data de término de todo o tratamento, encaminhar o beneficiário para a perícia final.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

5º Passo – Perícia Final:

O perito deverá indicar no campo 22 do verso da guia que o tratamento foi realizado com sucesso e/ou fazer as devidas observações e/ou correções, assinar e datar neste mesmo campo e no campo 25.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

6º Passo – Apresentação da Guia para Faturamento:

Realizados todos os passos o profissional poderá então apresentar as guias para faturamento.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

A solicitação de exames, quando estes não forem realizados pelo próprio profissional em seu consultório, deverá ser feita na guia SP/SADT.

Para isto o profissional solicitante deverá preencher os campos: 7,8,9,10,11,13, 14,16,17,18,19,21,25,26,27,28 e (86 assinar e carimbar) da referida guia e encaminhar o beneficiário ao profissional ou empresa que executará os serviços solicitados.

A empresa ou profissional que irá executar os serviços deverá preencher (na mesma guia de solicitação) os campos: 30,31,38,40,41,42,43,44,46,51,54,55, 56,57,61,62,71 e (89 assinar).

Após a realização dos serviços solicitados o executante deverá solicitar a assinatura do beneficiário no campo 88.

Realizados todos os passos o profissional executante poderá então apresentar as guias para faturamento.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

FATURAMENTO:

Para fins de faturamento, as guias a serem enviadas são:

Pelo dentista: GTO/TISS;

Pelo perito: SP/SADT;

Pelas clínicas radiológicas: SP/SADT.

Manutenções ortodontia: GTO/TISS.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

| 1 - Registro AHS 40.196-0 | | 2 - Nº Guia Principal (paciente internado) | | 4 - Data da Autorização | | 5 - Série | | 6 - Data Validade da Série | | 7 - Data de Emissão da Guia | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 9 - Plano 10 - Validade da Carteira 11 - Nome 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante 13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 - Nome do Contratado 15 - Código CNEB 16 - Nome do Profissional Solicitante 17 - Conselho Profissional 18 - Número no Conselho 19 - UF 20 - Código CBO B | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Detalhes da Solicitação 22 - Caráter da Solicitação 23 - CID-10 24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 25 - Data U-Úrgencia/Emergência 26 - Tipo 27 - Código do Procedimento 28 - Descrição 29 - Data 30 - Dia 31 - Hora | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Executor 32 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 33 - Nome do Contratado 34 - T.L. 35 - 36-38-Legisladores - Número - Complemento 39 - Município 40 - UF 41 - Cód. IBGE 42 - CEP 43 - Código CNEB 44 - Código na Operadora / CPF do exec. complementar 45 - Nome do Profissional Executor/Complementar 46 - Conselho Profissional 47 - Número no Conselho 48 - UF 49 - Código CBO B 50 - Grau de Participação | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Atendimento 49 - Tipo Atendimento 51 - Remoção 52 - Pequena Cirurgia 53 - Terapia 54 - Consulta 55 - Exame 56 - Mandamento Domiciliar 57 - SACT Internado 58 - Quimioterapia 59 - Radioterapia 60 - TRS-Terapia Renal Substitutiva 61 - Indicação de Admissão 62 - Tipo de Saúde 63 - 1 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 64 - 1 - Trabalho 65 - 2 - Outros 66 - 1 - Relato 67 - 2 - Relato SACT 68 - 3 - Referência 69 - 4 - Internação 70 - 5 - Alta 71 - 6 - Cêdo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta Referência 69 - Tipo de Doença 70 - Tempo de Doença 71 - 1 - Anos 72 - 2 - Meses 73 - 3 - Dias | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimentos e Exames realizados 74 - Data 75 - Hora Início 76 - Hora Fim 77 - Data 78 - Código do Procedimento 79 - Descrição 80 - Data 81 - Hora Início 82 - Hora Fim 83 - Data 84 - Hora Início 85 - Hora Fim | | | | | | | | | | | | | | | |
| 83 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 84 - Observação | | | | | | | | | | | | | | | |
| 85 - Total Procedimentos R\$ | | 86 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | | 87 - Total Materiais R\$ | | 88 - Total Medicamentos R\$ | | 89 - Total Diárias R\$ | | 90 - Total Gases Medicinas R\$ | | | | | |
| 91 - Total Geral da Guia R\$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 92 - Data e Assinatura do Solicitante | | | | 93 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | 94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | | | 95 - Data e Assinatura do Prestador Executor | | | |

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

IMPLANTAÇÃO OBRIGATÓRIA APARTIR DE 01/06/2008

Resumo:

- 1. Os campos achurados na guia não são de preenchimento obrigatório;**
- 2. Perícias inicial e final deverão ser autorizadas no verso (campo 22 – Observação). O perito deverá assinar e carimbar dando o seu “de acordo ou não” e fazendo suas observações, se for o caso;**
- 3. O preenchimento dos campos 3,8,9,11,13,15,16,17,18,20,21,22,23,25,26,27, 29,30,31,32,33,34,36,39 na guia tratamento odontológico será de responsabilidade do odontólogo;**
- 4. No campo 29 (tabela) o odontólogo deverá colocar o número 94 – Tabela Própria Procedimento;**
- 5. O campo 39 (data da realização) deverá ser preenchido pelo odontólogo na ocasião em que o procedimento tiver sido realizado (não será aceito uma única assinatura para todos os procedimentos realizados). No campo 40 (deverá constar a assinatura do usuário);**

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Continuação...

- 6. O campo 38 deverá ser preenchido com (S) Sim ou (N) Não. Nas regionais o preenchimento deste é de responsabilidade do gestor (quando não houver a necessidade de realização das perícias inicial e final); ou do perito (quando houver a necessidade de realização das perícias);**
- 7. Quando o procedimento estiver em carência, o gestor vai detectar no momento de lançamento no sistema e colocar (N) Não;**
- 8. O campo 39 (data realização) deverá ser preenchido inicialmente com a consulta e os demais itens conforme ocorra a realização dos mesmos;**
- 9. No campo 40 deverá constar assinatura do usuário. Porém não será aceito uma única assinatura para todos os procedimentos realizados;**
- 10. O preenchimento de campos de conteúdos alfa numéricos (letras e /ou números) se dará sempre da esquerda para a direita;**

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Continuação...

- 11. A Guia Tratamento Odontológico, no tocante ao plano de tratamento constante na guia, não poderá sofrer alterações ou inclusão de novos procedimentos. No caso de inclusão de novos procedimentos, deverá ser feito nova Guia;**
- 12. Em situações de complementação ou correção do plano de tratamento, a guia principal refere-se à primeira guia preenchida;**
- 13. Quando se tratar de Pessoa Jurídica os campos de 20 a 23 deverão ser preenchidos obrigatoriamente assim como os dados do profissional executante nos campos de 25 a 27;**
- 14. No caso de pessoa física é obrigatório o preenchimento dos dados nos campos de 20 a 23.**

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Manual da TISS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar

CONTATO:

FONES → (65) 3317-7125 (Tânia)
(65) 3317-7138 (Adir)
(65) 3317-7124 (Natália)

E-MAILs → rania.lorenzzi@eletronorte.gov.br
adir.ferrarini@eletronorte.gov.br
natalia.padilha@eletronorte.gov.br

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina