

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

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Região CAD **2 - Data de emissão do Guia** **3 - Cód. de Autorização** **4 - Data** **5 - Data validade do Guia** **6 - Número de Guia Original** **7 - UF**

8 - Data de nascimento **9 - Sexo** **10 - Estado** **11 - Número de Guia Original de Saúde**

12 - Nome do Contratado **13 - Nome do Contratado (Mãe)**

14 - Nome do Profissional Contratado **15 - Telefone** **16 - Nome do Posto de Saúde** **17 - Endereço (Rua/Cidade)**

18 - Nome do Profissional Contratado **19 - Nome do Profissional Contratado** **20 - Cargo** **21 - Cargo** **22 - Cargo**

23 - Carga de Trabalho (Vale-Hora) **24 - Unidade Contratada (Cidade/Estado/UF/CEP)** **25 - UF** **26 - UF** **27 - Cargo** **28 - UF** **29 - Cargo**

30 - Nome do Profissional Contratado **31 - Nome do Profissional Contratado** **32 - UF** **33 - UF** **34 - Cargo** **35 - UF** **36 - Cargo**

37 - Nome do Profissional Contratado **38 - Nome do Profissional Contratado** **39 - UF** **40 - UF** **41 - Cargo** **42 - UF** **43 - Cargo**

39 - Descrição do Procedimento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

40 - Data de emissão do Guia **41 - Tipo de atendimento** **42 - Nome do Profissional** **43 - Nome do Profissional** **44 - Nome do Profissional** **45 - Nome do Profissional** **46 - Nome do Profissional** **47 - Nome do Profissional** **48 - Nome do Profissional** **49 - Nome do Profissional** **50 - Nome do Profissional** **51 - Nome do Profissional** **52 - Nome do Profissional** **53 - Nome do Profissional** **54 - Nome do Profissional** **55 - Nome do Profissional** **56 - Nome do Profissional** **57 - Nome do Profissional** **58 - Nome do Profissional** **59 - Nome do Profissional** **60 - Nome do Profissional** **61 - Nome do Profissional** **62 - Nome do Profissional** **63 - Nome do Profissional** **64 - Nome do Profissional** **65 - Nome do Profissional** **66 - Nome do Profissional** **67 - Nome do Profissional** **68 - Nome do Profissional** **69 - Nome do Profissional** **70 - Nome do Profissional** **71 - Nome do Profissional** **72 - Nome do Profissional** **73 - Nome do Profissional** **74 - Nome do Profissional** **75 - Nome do Profissional** **76 - Nome do Profissional** **77 - Nome do Profissional** **78 - Nome do Profissional** **79 - Nome do Profissional** **80 - Nome do Profissional** **81 - Nome do Profissional** **82 - Nome do Profissional** **83 - Nome do Profissional** **84 - Nome do Profissional** **85 - Nome do Profissional** **86 - Nome do Profissional** **87 - Nome do Profissional** **88 - Nome do Profissional** **89 - Nome do Profissional** **90 - Nome do Profissional** **91 - Nome do Profissional** **92 - Nome do Profissional** **93 - Nome do Profissional** **94 - Nome do Profissional** **95 - Nome do Profissional** **96 - Nome do Profissional** **97 - Nome do Profissional** **98 - Nome do Profissional** **99 - Nome do Profissional** **100 - Nome do Profissional**

49 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP) **50 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP)** **51 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP)** **52 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP)**

53 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP) **54 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP)** **55 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP)** **56 - Data, nome e Assinatura do Contratado (Cidade/Estado/UF/CEP)**

Dr. [Assinatura] da Line
CNP 0000

Dr. [Assinatura] da Line
CNP 0000

[Assinatura]

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

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

EN
Eletrônica

1 - Empresa AOE: 40.196-0

2 - Sistema de Saúde Filial (se):

Código de Beneficiário

3 - Número da Carteira: [] 4 - Nome: [] 5 - Endereço: [] 6 - Data de Nascimento: []

7 - Sexo: [] 8 - Estado: [] 9 - Número do Documento de Identificação: []

Código de Funcionário

10 - Código de Operador (CNPJ/CPF): [] 11 - Nome do Funcionário: [] 12 - Número de Matrícula: [] 13 - Data de Nascimento: [] 14 - Sexo: [] 15 - Estado: []

16 - Número Profissional: [] 17 - Matrícula em Atividade: [] 18 - CBO: [] 19 - Categoria: []

Situação clínica

Situação Clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Perímetro mesial	13	17	24	15	14	16	17	11	13	12	16	14	16	16	17	16	17	16
Distância				20	24	20	22	21	21	22	23	24	23					
Distância				20	24	20	22	21	21	22	23	24	23					
Perímetro distal	49	47	48	40	44	47	42	41	38	32	33	34	33	30	32	37	36	
Situação Clínica																		

20 - Possui alguma outra doença (prejudicando)?
[] Sim [] Não

21 - Admissão das condições gerais?
[] Sim [] Não

Observações

22 - Assinatura (se houver):

23 - Data, local e Assinatura do Conselho-Operadora
[] [] []

24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário (se Profissional)
[] [] []

DRD Nelson C. Oliveira
CND: PDE CDE 117.614.668-20
Matr: 68 0224-4 Eletrônica

Tratamento autorizado sem exame clínico 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!tronorte												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			38 - Aut	39 - Cód. Realização			40 - Assinatura				
1	9	4	7	3	0	1	0	0	2																	
							ASA/		0	1																
2	9	4	7	3	0	1	0	0	5	7																
							ASA/		0	1																
3	9	4	7	3	0	1	0	1	9	0																
							ASA/		0	1																
4	9	4	7	3	0	1	0	1	4	6																
							S1		0	1																
5	9	4	7	3	0	1	0	1	4	6																
							S2		0	1																
6	9	4	7	3	0	1	0	1	4	6																
							S3		0	1																
7	9	4	7	3	0	1	0	1	4	6																
							S4		0	1																
8	9	4	7	3	0	1	0	1	4	6																
							S5		0	1																
10	9	4	7	3	0	1	0	1	4	6																
							S6		0	1																
11	9	4	7	1	0	1	0	1	3	0																
							ASA/		0	1																
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
41 - Data Término do Tratamento			42 - Tipo de Atendimento			43 - Tipo de Pagamento			44 - Total Quantidade US			45 - Valor Total R\$			46 - Total Franquia / Co-participação R\$											
			1 - Tratamento Odontológico 2 - Tabata Redológico 3 - Ortodontia 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 assistente 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



ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL 3-N

1 - Registro ANS
40.196-0

3 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

6 - Plano

8 - Empresa

7 - Data Validade da Carteira

9 - Nome 10 - Nome do titular do plano

6 - Telefone

Dados do Contratado

11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

12 - Nome do Contratado

13 - Número no CRD

14 - UF

15 - Código CBO S

15 - Nome do Profissional 17 - Número no CRD

18 - UF 19 - Código CBO S

Situação inicial

Situação inicial	E		C												C				
Permanentes	18	<input checked="" type="checkbox"/>	16	15	14	<input checked="" type="checkbox"/>	12	11	21	22	23	24	<input checked="" type="checkbox"/>	26	27	28			
Decíduos			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
Decíduos			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							
Permanentes	48	47	46	45	44	43	<input checked="" type="checkbox"/>	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Situação inicial							C												

20 - Sinais clínicos de doença periodontal?
 Sim Não

21 - Alteração dos tecidos moles?
 Sim Não

22 - Observação

23 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25 - Data, local e Carimbo da Empresa

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

2º PASSO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Estreanta

1 - Registro ANS 40196-0	2 - Data de Emissão do Guia 20/05/08	3 - Data de Assentação 21/05/08	4 - Sexo M	5 - Data Validade da Serina _ / _ / _	6 - Número da Guia Principal _	7 - Nº 112304/08					
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 807804-0201			9 - Plano 1 - PPRS		10 - Empresa						
11 - Nome Fernando Silva			14 - Telefone _ / _ / _		15 - Nome do titular do plano Pedro Jose Silva						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16 - Nome do Profissional Solicitante Jose Silva				17 - Número no CRC 3779		18 - UF DF					
19 - Código CBO6		20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 011100000100		21 - Nome do Contratado Executante Clínica de Prevenção Odontológica		22 - Número no CRC 1115					
23 - UF DF		24 - Código CMES		25 - Nome do Profissional Executante Jose Silva		26 - Número no CRC 3779					
27 - UF DF		28 - Código CBO6									
Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados											
29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Raiz	33 - Faix	34 - Qtd	35 - Quantidade US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação	38 - Ace	39 - Data Realização	40 - Assinatura
1	04	69010002			01		35,25			20/05/08	[Assinatura]
2	04	69010257			01		81,95				
3	04	69020051		DPV	01		80,00				
4	04	69040028		OM	01		80,00				
5	04	69020043		V	01		40,00				
6-17	/										
41 - Data Término do Tratamento _ / _ / _	42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Diagnóstico 4 - Urgência/Odontologia 5 - Outros	43 - Tipo de Pagamento 1 - Taxa 2 - Faixa	44 - Total Quantidade US _	45 - Valor Total R\$ 277,20	46 - Total Franquia / Co-participação R\$ _						
48 - Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 20/05/08	49 - Data, local e Assinatura do Contratado Executante 21/05/08	50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/05/08	51 - Data, local e Código da Empresa _ / _ / _								

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR



ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

1 - Número ANVISA
40.199-0

2 - Número de Matr. Profissional

Informações pessoais

1 - Nome

2 - Endereço

3 - Cidade

4 - Estado

Dados do paciente

11 - Número de Identificação (CPF)

12 - Nome de Exame(s)

13 - Número de DBO

14 - UF

15 - Categoria

16 - Número de Período(s)

17 - Número de DBO

18 - UF

19 - Categoria

Resultados

Situação de início	C					C					C										
Período inicial	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
Período final																					
Período inicial	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	
Situação inicial																					

10 - Situação de início de tratamento (C)

11 - Situação de término de tratamento (C)

12 - Situação de início de tratamento (C)

13 - Situação de término de tratamento (C)

14 - Situação de início de tratamento (C)

15 - Situação de término de tratamento (C)

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

Nome:
 Endereço:
 CEP:
 UF:
 Cidade:
 Matr.:
 Elet.:

20 - Data, local e Assinatura do Especialista

21 - Data, local e Assinatura do Especialista - Responsável

22 - Data, local e Assinatura do Especialista - 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

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO															
1 - Registro ABO 41004		2 - Data de Nascimento do Paciente 12/12/1962		3 - Data de Análise 12/12/1962		4 - Cidade Lima		5 - Data de Início do Tratamento 12/12/1962		6 - Assinatura do Odontólogo 12/12/1962		7 - Número do Caso Clínico 112304/08			
8 - Anamnese [Grid]				9 - Placa [Grid]		10 - Impressão [Grid]		11 - Radiografia [Grid]		12 - Anamnese do Corfo Insusável de Saúde [Grid]					
13 - Nome Pedro José Silva						14 - Endereço [Grid]		15 - Nome do Dentista Responsável Pedro José Silva							
16 - Nome do Dentista Responsável pelo Tratamento José Silva										17 - Número do 378		18 - UF DF		19 - Código ICD-9 11- Código 5004	
20 - Código de Operação ICD-9-CM [Grid]						21 - Nome do Conselho Estadual Conselho da Prática Odontológica				22 - Número do CN 412		23 - UF DF		24 - Código CBO 11- Código 2004	
25 - Nome do Dentista Examinado José Silva						26 - Número do CN 378		27 - UF DF		28 - Código CBO 11- Código 2004					
29 - Plano de Tratamento/Pretratamento/Tratamento/Procedimento Examinado															
30 - Diagnóstico [Grid]			31 - Descrição [Grid]			32 - Anamnese [Grid]		33 - Anamnese [Grid]		34 - Anamnese [Grid]			35 - Anamnese [Grid]		
36 - Observações [Grid]															
37 - Assinatura [Grid]															
38 - Assinatura [Grid]															
39 - Assinatura [Grid]															
40 - Assinatura [Grid]															
41 - Assinatura [Grid]															
42 - Assinatura [Grid]															
43 - Assinatura [Grid]															
44 - Assinatura [Grid]															
45 - Assinatura [Grid]															
46 - Assinatura [Grid]															
47 - Assinatura [Grid]															
48 - Assinatura [Grid]															
49 - Assinatura [Grid]															
50 - Assinatura [Grid]															
51 - Assinatura [Grid]															
52 - Assinatura [Grid]															
53 - Assinatura [Grid]															
54 - Assinatura [Grid]															
55 - Assinatura [Grid]															
56 - Assinatura [Grid]															
57 - Assinatura [Grid]															
58 - Assinatura [Grid]															
59 - Assinatura [Grid]															
60 - Assinatura [Grid]															
61 - Assinatura [Grid]															
62 - Assinatura [Grid]															
63 - Assinatura [Grid]															
64 - Assinatura [Grid]															
65 - Assinatura [Grid]															
66 - Assinatura [Grid]															
67 - Assinatura [Grid]															
68 - Assinatura [Grid]															
69 - Assinatura [Grid]															
70 - Assinatura [Grid]															
71 - Assinatura [Grid]															
72 - Assinatura [Grid]															
73 - Assinatura [Grid]															
74 - Assinatura [Grid]															
75 - Assinatura [Grid]															
76 - Assinatura [Grid]															
77 - Assinatura [Grid]															
78 - Assinatura [Grid]															
79 - Assinatura [Grid]															
80 - Assinatura [Grid]															
81 - Assinatura [Grid]															
82 - Assinatura [Grid]															
83 - Assinatura [Grid]															
84 - Assinatura [Grid]															
85 - Assinatura [Grid]															
86 - Assinatura [Grid]															
87 - Assinatura [Grid]															
88 - Assinatura [Grid]															
89 - Assinatura [Grid]															
90 - Assinatura [Grid]															
91 - Assinatura [Grid]															
92 - Assinatura [Grid]															
93 - Assinatura [Grid]															
94 - Assinatura [Grid]															
95 - Assinatura [Grid]															
96 - Assinatura [Grid]															
97 - Assinatura [Grid]															
98 - Assinatura [Grid]															
99 - Assinatura [Grid]															
100 - Assinatura [Grid]															
101 - Assinatura [Grid]															
102 - Assinatura [Grid]															
103 - Assinatura [Grid]															
104 - Assinatura [Grid]															
105 - Assinatura [Grid]															
106 - Assinatura [Grid]															
107 - Assinatura [Grid]															
108 - Assinatura [Grid]															
109 - Assinatura [Grid]															
110 - Assinatura [Grid]															
111 - Assinatura [Grid]															
112 - Assinatura [Grid]															
113 - Assinatura [Grid]															
114 - Assinatura [Grid]															
115 - Assinatura [Grid]															
116 - Assinatura [Grid]															
117 - Assinatura [Grid]															
118 - Assinatura [Grid]															
119 - Assinatura [Grid]															
120 - Assinatura [Grid]															
121 - Assinatura [Grid]															
122 - Assinatura [Grid]															
123 - Assinatura [Grid]															
124 - Assinatura [Grid]															
125 - Assinatura [Grid]															
126 - Assinatura [Grid]															
127 - Assinatura [Grid]															
128 - Assinatura [Grid]															
129 - Assinatura [Grid]															
130 - Assinatura [Grid]															
131 - Assinatura [Grid]															
132 - Assinatura [Grid]															
133 - Assinatura [Grid]															
134 - Assinatura [Grid]															
135 - Assinatura [Grid]															
136 - Assinatura [Grid]															
137 - Assinatura [Grid]															
138 - Assinatura [Grid]															
139 - Assinatura [Grid]															
140 - Assinatura [Grid]															
141 - Assinatura [Grid]															
142 - Assinatura [Grid]															
143 - Assinatura [Grid]															
144 - Assinatura [Grid]															
145 - Assinatura [Grid]															
146 - Assinatura [Grid]															
147 - Assinatura [Grid]															
148 - Assinatura [Grid]															
149 - Assinatura [Grid]															
150 - Assinatura [Grid]															
151 - Assinatura [Grid]															
152 - Assinatura [Grid]															
153 - Assinatura [Grid]															
154 - Assinatura [Grid]															
155 - Assinatura [Grid]															
156 - Assinatura [Grid]															
157 - Assinatura [Grid]															
158 - Assinatura [Grid]															
159 - Assinatura [Grid]															
160 - Assinatura [Grid]															
161 - Assinatura [Grid]															
162 - Assinatura [Grid]															
163 - Assinatura [Grid]															
164 - Assinatura [Grid]															
165 - Assinatura [Grid]															
166 - Assinatura [Grid]															
167 - Assinatura [Grid]															
168 - Assinatura [Grid]															
169 - Assinatura [Grid]															
170 - Assinatura [Grid]															
171 - Assinatura [Grid]															
172 - Assinatura [Grid]															
173 - Assinatura [Grid]															
174 - Assinatura [Grid]															
175 - Assinatura [Grid]															
176 - Assinatura [Grid]															
177 - Assinatura [Grid]															
178 - Assinatura [Grid]															
179 - Assinatura [Grid]															
180 - Assinatura [Grid]															
181 - Assinatura [Grid]															
182 - Assinatura [Grid]															
183 - Assinatura [Grid]															
184 - Assinatura [Grid]															
185 - Assinatura [Grid]															
186 - Assinatura [Grid]															
187 - Assinatura [Grid]															
188 - Assinatura [Grid]															
189 - Assinatura [Grid]															
190 - Assinatura [Grid]															
191 - Assinatura [Grid]															
192 - Assinatura [Grid]															
193 - Assinatura [Grid]															
194 - Assinatura [Grid]															
195 - Assinatura [Grid]															
196 - Assinatura [Grid]															
197 - Assinatura [Grid]															
198 - Assinatura [Grid]															
199 - Assinatura [Grid]															
200 - Assinatura [Grid]															

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



1º PASSO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS 40100-2	3 - Data de Emissão do Guia [2][0] / [0][5] / [0][8]	4 - Data de Autorização [2][1] / [0][5] / [0][8]	5 - Setor	6 - Data Validade da Guia [][][][] / [][][]	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº 112304/08
8 - Número da Carteira [6][0][7][8][0][4]-[0][2][0][1]			9 - Plano 1 - PPRS		10 - Empresa	
13 - Nome Fernando Silva			14 - Telefone [][][] - [][][][]		15 - Nome do titular do plano Pedro Jose Silva	
16 - Nome do Profissional Solicitante Jose Silva			17 - Número no CRO 3778		18 - UF DF	
19 - Código no Operadora / CNPJ / CPF [0][1][1][9][9][3][0][0][0][1][0][0]			21 - Nome do Contratado Executor Clínica da Prevenção Odontológica		22 - Número no CRO 1115	
23 - Nome do Profissional Executor Jose Silva			24 - Número no CRO 3778		25 - UF DF	


26 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dentalg	33 - Fac	34 - Qtd	35 - Quantidade US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação	38 - An	39 - An	40 - An	41 - An	42 - An	43 - An	44 - An	45 - An	46 - An
1-	04	Excisões			07		35,25			8	2	0	0	5	0	0	0
2-	04	Excisões	17		07		81,95			8	3	0	0	5	0	0	0
3-	04	Rest. Resina Fotopolí	13	DPV	07		2,00			8	2	2	0	5	0	0	0
4-	04	Rest. Resina Fotopolí	25	OM	07		2,00			8	2	3	0	5	0	0	0
5-	04	Rest. Resina Fotopolí	42	V	07		4,00			8	2	4	0	5	0	0	0
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10-																	
11-																	
12-																	
13-																	
14-																	
15-																	
16-																	
17-																	

48 - Data Término do Tratamento [3][0] / [0][5] / [0][8]		49 - Tipo de Atendimento [] - Tratamento Odontológico; [] - Exame Radiológico; [] - Cirurgia; [] - Urgência/Plantão; [] - Apoio		50 - Tipo de Paciente [] - Pac. 2º Plano		51 - Valor Total US [] [] [] [] [] []		52 - Valor Total R\$ [2][7][7], [2][0]		53 - Taxa Franquia/Co-participação R\$ [][][] [][][] [][][]	
-------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------	--	------------------------------------------------	--	-------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------	--


Declaro, sob as penas da lei, e estou devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 assinou 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 Criador-Dentista Solicitante [2][0] / [0][5] / [0][8]	49 - Data, local e Assinatura do Criador-Genitor [2][0] / [0][5] / [0][8]	50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável [0][1] / [0][6] / [0][8]	51 - Data, local e Contrato da Empresa [0][1] / [0][6] / [0][8]
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------



Dr. Jose Silva
CRO 3778




Dr. Jose Silva
CRO 3778



Drª Marina C. Gobelzer
CRO 982 CPF 117.614.660-20
Matr 60.8224-4 Eletromorte

TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR



ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

1 - Registro AEB: 40.198-0 2 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

3 - Número da Carteira 4 - Plano 5 - Empresa 6 - Data Validade da Carteira

7 - Nome 8 - Telefone 9 - Nome da Cidade do plano

Dados do Dentista

11 - Código de Operadora / CNPJ / CPF 12 - Nome do Contratado 13 - Número do CRO 14 - UF 15 - Código CBO

16 - Nome do Profissional 17 - Número do CRO 18 - UF 19 - Código CBO

Situação Inicial

Situação inicial		E			C								C			
Permanentes	18	<input checked="" type="checkbox"/>	19	20	21	<input checked="" type="checkbox"/>	22	23	24	25	26	27	<input checked="" type="checkbox"/>	28	29	30
Deciduos			31	32	33	34	35	36	37	38	39	40				
Deciduos			41	42	43	44	45	46	47	48	49	50				
Permanentes	48	49	50	51	52	<input checked="" type="checkbox"/>	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
Situação inicial						C										

20 - Situação clínica de acordo com o protocolo 21 - Alteração dos dados iniciais?

22 - Tratamento realizado com sucesso, conforme perícia final.

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

Drª Mariana C. Goelzer
CRO 982 CPF 117.614.660-20
Matr 60.0224-4 Eletro Norte

21/05/2008

23 - Cidade, Estado e Assessoria de Planejamento 24 - Cidade, Estado e Assessoria de Planejamento 25 - Cidade, Estado e Assessoria de Planejamento

26 - Assessoria de Planejamento 27 - Assessoria de Planejamento 28 - Assessoria de Planejamento

Drª Mariana C. Goelzer
CRO 982 CPF 117.614.660-20
Matr 60.0224-4 Eletro Norte

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 26 - Data U- Urgência/Emergência 27 - Tipo de Solicitação 28 - Data 29 - Data 30 - Data 31 - Data 32 - Data 33 - Data 34 - Data 35 - Data 36 - Data 37 - Data 38 - Data 39 - Data 40 - Data 41 - Data 42 - Data 43 - Data 44 - Data 45 - Data 46 - Data 47 - Data 48 - Data 49 - Data 50 - Data 51 - Data 52 - Data 53 - Data 54 - Data 55 - Data 56 - Data 57 - Data 58 - Data 59 - Data 60 - Data 61 - Data 62 - Data 63 - Data 64 - Data 65 - Data 66 - Data 67 - Data 68 - Data 69 - Data 70 - Data 71 - Data 72 - Data 73 - Data 74 - Data 75 - Data 76 - Data 77 - Data 78 - Data 79 - Data 80 - Data 81 - Data 82 - Data 83 - Data 84 - Data 85 - Data 86 - Data 87 - Data 88 - Data 89 - Data 90 - Data 91 - Data 92 - Data 93 - Data 94 - Data 95 - Data 96 - Data 97 - Data 98 - Data 99 - Data 100 - Data											
Dados do Contratado Executor 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado 32 - T.L. 33 - 34 - 35 - Legadoiros - Número - Complemento 36 - Município 37 - UF 38 - Cód. IBGE 39 - CEP 40 - Código CNEB 41 - Código na Operadora / CPF do exec. complementar 42 - Nome do Profissional Executor/Complementar 43 - Conselho Profissional 44 - Número no Conselho 45 - UF 46 - Código CBO B 47 - Grau de Participação											
Dados do Atendimento 48 - Tipo Atendimento 49 - Indicação de Admissão 50 - Tipo de Saúde 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Mandado Domiciliar 07 - SACT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Substitutiva 1 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 2 - Trabalho 3 - Outros 1 - Relato 2 - Relato SACT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Cêdo											
Consulta Referência 51 - Tipo de Doença 52 - Tempo de Doença 1 - Anos 2 - Meses 3 - Semanas 4 - Dias 5 - Horas 6 - Minutos 7 - Segundos											
Procedimentos e Exames realizados 83 - Data 84 - Hora Início 85 - Hora Fim 86 - Data 87 - Código do Procedimento 88 - Descrição 89 - Data 90 - Hora Início 91 - Hora Fim 92 - Data 93 - Hora Início 94 - Hora Fim 95 - Data 96 - Hora Início 97 - Hora Fim 98 - Data 99 - Hora Início 100 - Hora Fim											
85 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - Data 2 - Data 3 - Data 4 - Data 5 - Data 6 - Data 7 - Data 8 - Data 9 - Data 10 - Data											
86 - Observação											
87 - Total Procedimentos R\$ 88 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 89 - Total Materiais R\$ 90 - Total Medicamentos R\$ 91 - Total Diárias R\$ 92 - Total Gases Medicinas R\$ 93 - Total Geral da Guia R\$											
94 - Data e Assinatura do Solicitante 95 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 97 - 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 → tanialorenz@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