

# Manual de Preenchimento de Guias Padrão TISS



Troca de Informação em Saúde Suplementar

## Padrão de Preenchimento de Guias - TISS

Este manual foi desenvolvido com o intuito de auxiliar o usuário no preenchimento das guias de consulta, SADT, Internação, Honorário Individual conforme regras impostas pela ANS (Agência Nacional de Saúde).

Com este manual será possível visualizar os campos que possuem o preenchimento obrigatório conforme as imagens disponibilizada no documento.

Serão disponibilizada as imagens das seguintes guias:

- Guia de Consulta
- Guia de SADT
- Guia de Internação
- Guia de Honorário Individual.

### 1. Guia de Consulta.

1. Registro da ANS. 1.1; Obrigatório: SIM		3. Data de emissão da guia 3.1; Obrigatório: SIM		2-Nº 2. Número da Guia 3.1; Obrigatório: SIM	
1- Registro ANS 36146-1	3- Data de Emissão da Guia 28/01/2010	4. Número da carteira. 4.1; Obrigatório: SIM	5. Plano. 5.1; Obrigatório: SIM		
Dados do Beneficiário					
4- Número da Carteira 00000X-00		5- Plano Asert-Tecnologia		6- Validade da Carteira	
7- Nome AFONSO ANTONIO SOUZA ASERT			8- Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado					
9- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0022-1		10- Nome do Contratado UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		11- Código CINES	
12- T.Log		13- 14- 15- Logradouro - Número - Complemento GILSON ALVES DE SOUZA(T1 o/ T-7) - 860		16- Município GOIANIA	
17- UF GO		18- Cod. IBGE 520870		19- CEP 74210260	
20- Nome do Profissional Executante Clique na lupa ao lado para pesquisar		21- Conselho Profissional		22- Número no Conselho	
23- UF		24- Cod CBO6		25- UF do conselho profissional do executante 25.1; Obrigatório: SIM	
Hipótese Diagnóstica					
26- Tipo de Doença		27- Tempo de Doença		28- Indicação de Acidente	
29- CID Principal		30- CID (2)		31- CID (4)	
32. Data de realização do atendimento. 32.1; Obrigatório: SIM					
32- Data do Atendimento 25/01/2010		33- Cod. Tabela 65		34- Código Procedimento Clique na lupa ao lado para pesquisar	
35- Tipo de Consulta 1- 1-Primeira		36- Tipo de Saída 1- 1-Retorno		36. Código do tipo de saída. Retorno: "1" Retorno com SADT: "2" Referência: "3" Internação: "4" Alta: "5" 36.1; Obrigatório: SIM	
35. Código do tipo de consulta. Primeira Consulta: "1" Segmento: "2" Pré Natal: "3" 35.1; Obrigatório: SIM					
37- Observação					
38- Data e Assinatura do Médico			39- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

7. Nome do Beneficiário.  
7.1; Obrigatório: SIM

9. Código na Operadora  
9.1; Obrigatório: SIM

20. Nome do Profissional executante.  
20.1; Obrigatório: Não. Obrigatório apenas quando o nome do contratado (campo 10) se referir a pessoa jurídica.

32. Data de realização do atendimento.  
32.1; Obrigatório: SIM

35. Código do tipo de consulta.  
Primeira Consulta: "1"  
Segmento: "2"  
Pré Natal: "3"  
35.1; Obrigatório: SIM

10. Nome do Contratado.  
10.1; Obrigatório: SIM

21. Conselho Profissional  
21.1; Obrigatório: SIM

22. Número no conselho  
22.1; Obrigatório: SIM

23. UF do conselho profissional do executante  
23.1; Obrigatório: SIM

34. Código do procedimento realizado.  
34.1; Obrigatório: SIM

36. Código do tipo de saída.  
Retorno: "1"  
Retorno com SADT: "2"  
Referência: "3"  
Internação: "4"  
Alta: "5"  
36.1; Obrigatório: SIM

Enviar Guia    Nova Guia    Voltar

## 1. Itens de Preenchimento Obrigatório da Guia de Consulta.

1. **Registro na ANS:** Registro da operadora junto a ANS.
2. **Número da Guia:** Número identificador da guia.
3. **Data da Emissão da Guia:** Data em que a guia foi emitida.
4. **Número da Carteira:** Número do cartão do beneficiário.
5. **Nome do Plano:** Nome do plano do beneficiário.
7. **Nome do Beneficiário:** Nome do beneficiário
9. **Código da Operadora:** Código na operadora ou CNPJ/CPF do contratado.
10. **Nome do Contratado:** Nome do Contratado.
20. **Nome do Profissional Executante:** Nome do profissional executante. Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 10 se referir à pessoa jurídica.
21. **Conselho Profissional:** Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio.
22. **Número do Conselho:** Número do conselho do profissional executante.
23. **UF do Conselho:** Sigla da unidade federativa do conselho do profissional executante.
32. **Data de Atendimento:** Data de realização do atendimento.
33. **Código da Tabela de Atendimento:** Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio.
34. **Código do Procedimento:** Código do procedimento realizado.
35. **Tipo de Consulta:** Código do tipo de consulta:
  - Primeira Consulta :1
  - Segmento :2
  - Pré Natal :3
36. **Tipo de Saída:** Código do tipo da saída:
  - Retorno :1
  - Retorno com SADT:2
  - Referência :3
  - Internação :4
  - Alta :5



## **2. Itens de Preenchimento Obrigatório na Guia de SADT.**

- 1. Registro da Operadora na ANS:** Registro da operadora na ANS.
- 2. Número da Guia:** Número da guia.
- 7. Data da Emissão da Guia:** Número identificador da guia principal.
- 8. Número da Carteira:** Número da carteira.
- 9. Nome do Plano:** Nome do plano do beneficiário.
- 11. Nome do Beneficiário:** Nome do beneficiário.
- 13. Código na Operadora:** Código da operadora CNPJ/CPF do contratado solicitante.
- 14. Nome do Contratado:** Nome do contratado.
- 17. Conselho Profissional:** Sigla do conselho profissional.
- 18. Número do Conselho:** Número do conselho profissional.
- 19. UF do conselho:** Sigla da unidade federativa do conselho profissional.
- 22. Carater de Solicitação:** Código do caráter de solicitação.  
Eletivo: E  
Urgência/Emergência: U
- 23. CID:** Código CID10 do diagnóstico principal
- 24. Indicação Clínica:** Deve ser preenchido pelo profissional solicitante.
- 27. Descrição:** Descrição do procedimento solicitado.
- 28. Quantidade Solicitada:** Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento.
- 29. Quantidade Autorizada:** Quantidade solicitada de um mesmo serviço/procedimento.
- 30. Código na Operadora:** Código na operadora CNPJ/CPF do contratado executante.
- 31. Nome do Contratado:** Nome do contratado executante.
- 40. Código CNES:** Código do CNES do contratado executante.
- 42. Conselho Profissional:** Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio.

**43. Número do Conselho:** Número do conselho profissional do executante.

**44. UF do Conselho:** Sigla da unidade federativa do conselho profissional do executante.

**46. Código de Atendimento:** Código do tipo de atendimento da guia SP/SADT:

Remoção: 1

Pequena Cirurgia: 2

Terapia: 3

Consulta: 4

Exame: 5

Atendimento Domiciliar: 6

SADT Internado: 7

Quimioterapia: 8

Radioterapia: 9

TRS Terapia Renal Substitutiva: 10

**48. Código de Saída:** Código do tipo de saída.

Retorno: 1

Retorno com SADT: 2

Referência: 3

Internação: 4

Alta: 5

Óbito: 6

**51. Data:** Data de realização do procedimento.

**54. Código da Tabela:** Código da tabela utilizadas para descrever os procedimentos conforme tabela de domínio.

**55. Código do Procedimento:** Código do procedimento realizado.

**56. Descrição:** Descrição do procedimento realizado.

**57. Quantidade:** Quantidade em cobrança de um mesmo serviço/procedimento realizado.

### 3. Guia de Internação.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO						
1 - Registro ANS 36146-1		3 - Data de Autorização		4 - Senha		
7 - Nome do Beneficiário AFONSO ANTONIO GONCALVES FILHO		8 - Nome do Plano Asert		5 - Data validade da Senha		
7 - Número da Carteira 000000XX-XX		8 - Plano Asert		5 - Validade da Carteira		
10 - Nome AFONSO ANTONIO GONCALVES FILHO		11 - Número de Cartão Nacional de Saúde				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 1286-1		13 - Nome do Contratado Asert Tecnologia		14 - Código CNES		
15 - Nome do Profissional Solicitante Clique na lupa ao lado para pesquisar		16 - Conselho Profissional CRD		17 - Número no Conselho 23190		
18 - UF GO		19 - Código CBO-8 23190				
20 - Código na Operadora / CNPJ 0022-1		21 - Nome do Prestador UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO				
22 - Caráter da Internação E - ELETIVA		23 - Tipo da Internação 2 - CIRURGICA				
24 - Regime de Internação 1 - HOSPITALAR		25 - Qtde. Diárias solicitadas 1		25 - Qtde diárias solicitadas. 25.1; Obrigatório: SIM		
26 - Indicação Clínica asert tecnologia						
Hipóteses Diagnósticas						
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		29 - Indicação de Acidente		
30 - CID10 Principal K043		31 - CID10 (2)		32 - CID10 (3)		
33 - CID10 (4)		36 - Descrição do Procedimento. 36.1; Obrigatório: SIM				
Procedimentos Solicitados						
34-Tab.	35-Código do Proc.	36 - Descrição			37-Sol.	38-Aut.
1.	30902029	CIRURGIA MULTIVALVAR			1	
2.						
3.						
4.						
5.						
OPM Solicitados						
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição do OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$	
1.						
2.						
3.						
Dados da Autorização						
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de Acomodação Autorizada		
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador autorizado		50 - Código CNES		
51 - Observação		46 - Número de diárias autorizadas para internação. 46.1; Obrigatório: SIM				
48. Código do Prestador. 48.1; Obrigatório: SIM						
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		
/ /		/ /		/ /		

### **3. Itens de Preenchimento Obrigatório na Guia de Internação.**

- 1. Registro na ANS:** Registro da operadora na ANS.
- 2. Número da Guia:** Número da guia.
- 6. Data de Emissão da Guia:** Data em que foi emitida a guia.
- 7. Número da Carteira:** Número do cartão do beneficiário.
- 8. Plano:** Nome do plano do beneficiário.
- 10. Nome:** Nome do beneficiário.
- 12. Código na Operadora:** Código na operadora CNPJ/CPF do contratado solicitante.
- 13. Nome do Contratado:** Nome do contratado solicitante.
- 16. Conselho Profissional:** Sigla do conselho profissional.
- 17. Número do Conselho:** Número do conselho profissional.
- 18. UF do conselho:** Sigla da unidade federativa do conselho profissional.
- 22. Caráter de Internação:** Eletiva: E, Emergência/Urgência: U
- 23. Tipo de Internação:** Código do tipo de internação:
  - Clínica: 1
  - Cirúrgica: 2
  - Obstétrica: 3
  - Pediátrica: 4
  - Psiquiátrica: 5
- 24. Regime de Internação:** Código do regime de internação:
  - Hospitalar: 1
  - Hospitalar Dia: 2
  - Domiciliar: 3
- 25. Quantidade de Diárias:** Quantidade de diárias solicitadas.
- 26. Indicação Clínica:** Texto livre para o preenchimento do médico solicitante da internação.
- 30. CID10 Principal:** Código CID10 do diagnóstico principal.
- 36. Descrição:** Descrição do procedimento solicitado.
- 45. Data Provável da Admissão Hospitalar:** Data da admissão no hospital.
- 46. Quantidade de Diárias Utilizadas:** Número de dias autorizados para internação.



**48. Código na Operadora:** Código do prestador autorizado ou CNPJ do prestador autorizado.

**49. Nome do Prestador:** Nome do prestador autorizado.

**4. Guia de Honorário Individual.**

**GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL**

1. Registro da ANS. 1.1; Obrigatório: SIM  
 3. Número da guia de solicitação. 3.1; Obrigatório: SIM  
 2. Número da Guia. 2.1; Obrigatório: SIM 2-Nº  
 4. Data de emissão da guia. 4.1; Obrigatório: SIM  
 5. Número da carteira. 5.1; Obrigatório: SIM

1 - Registro ANS: 36146-1  
 3 - Nª Guia de Solicitação / Senha: 18  
 4 - Data de Emissão da Guia: 26/01/2010

Dados do Beneficiário

5 - Número da Carteira: 000X-XX  
 6 - Plano: Asert  
 7 - Validade da Carteira

6 - Nome: Janaina Costa Asert  
 9 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0022-1  
 11 - Nome do Contratado: UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  
 12 - Código CNEB

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0022-1  
 14 - Nome do Contratado Executante: UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  
 15 - Código CNEB  
 16 - Tipo de Acomodação Autorizada

17 - Grau Part: 0 - CIRURGIÃO  
 18 - Nome do Profissional Executante: TESTE\_ASERT\_PF  
 19 - Conselho Profissional: CRO  
 20 - Número no Conselho: 23190  
 21 - UF: GO  
 22 - Número do CPF  
 21.1; Obrigatório: SIM  
 20.1; Obrigatório: SIM

Procedimentos Realizados

23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tab	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Ctd.	30 - Via	31 - Tec.	32 - % Red/Acrec.	33 - Vlr Unil. - R\$	33 - Vlr Total - R\$
1. 25/10/2009							U	C			
2.											
3.											
4.											
5.											

17. Grau de Participação do profissional na equipe médica conforme tabela. 17.1; Obrigatório: SIM  
 19. Nome do Conselho. 19.1; Obrigatório: SIM  
 23. Código do procedimento realizado. 23.1; Obrigatório: SIM  
 26. Código da tabela de procedimento. 26.1; Obrigatório: SIM  
 27. Código do Procedimento realizado. 27.1; Obrigatório: SIM  
 28. Descrição do procedimento. 28.1; Obrigatório: SIM  
 29. Qtd de procedimento a ser realizado. 29.1; Obrigatório: SIM  
 35 - Total Geral Honorário + R\$

37 - Data / Hora e Assinatura do Prestador  
 38 - Data / Hora e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Emitir Guia      Nova Guia

#### **4. Itens de Preenchimento Obrigatório na Guia de Honorário Individual.**

- 1. Registro na ANS:** Registro da operadora na ANS.
- 2. Número da Guia:** Número identificador na guia.
- 3. N° Guia Solicitação:** Número da guia de solicitação ou senha.
- 4. Data de Emissão da Guia:** Data em que a guia foi emitida.
- 5. Número da Carteira:** Número do cartão do beneficiário.
- 6. Plano:** Nome do plano do beneficiário.
- 8. Nome:** Nome do beneficiário.
- 10,13. Código na Operadora:** Código na operadora CNPJ/CPF do contratado.
- 11,14. Nome do Contratado:** Nome do Contratado.
- 12. Código CNE-S:** Código CNE-S do contratado.
- 17. Grau de Participação:** Grau de participação do profissional na equipe médica executante do serviço conforme tabela de domínio.
- 19. Conselho Profissional:** Sigla do conselho profissional do executante conforme tabela de domínio.
- 20. Número do Conselho:** Número no conselho profissional do executante.
- 21. UF Conselho:** Sigla da unidade federativa do conselho profissional do executante.
- 23. Data:** Data da realização do procedimento.
- 26. Tabela:** Código da tabela de procedimentos.
- 27. Código do Procedimento:** Código do procedimento realizado.
- 28. Descrição:** Descrição do procedimento.
- 29. Quantidade:** Quantidade realizada do procedimento apresentado.

## Padrão de Preenchimento de Guias - TISS

**Fonte:**

Imagem: <http://images.google.com>

Conteúdo: [http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_hotsite\\_tiss/pdf/texto\\_completo.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_tiss/pdf/texto_completo.pdf)