



TISS Troca de Informação em Saúde Suplementar

Ministério da Saúde  
Agência Nacional de Saúde Suplementar

# Padrão TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar

<b>HISTÓRICO DE REVISÃO</b>			
<b>Data</b>	<b>Versão</b>	<b>Descrição</b>	<b>Autor</b>
16/11/2006	2.01	Versão atualizada após publicação da versão 2.01 do padrão TISS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
15/05/2007	3.00	Versão atualizada após publicação da IN nº 26, de 10 de maio de 2007, que dispõe sobre a versão 2.01.02 do padrão TISS	Agência Nacional de Saúde Suplementar

## APRESENTAÇÃO

A ANS estabeleceu um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

O tema reveste-se de grande importância para o setor, sendo que alguns segmentos do mercado já haviam iniciado estudos com o intuito de estabelecer a padronização da informação trocada entre operadoras e prestadores, uma vez que o preenchimento de grande variedade de formulários utilizada por cada operadora e os demorados esquemas para obtenção de autorizações de determinados procedimentos exige intensa dedicação burocrática dos prestadores de serviços.

Além disso, as queixas dos clientes quanto à demora do atendimento, assim como fraudes e impossibilidades de comparação de dados, são conseqüências notoriamente associadas ao excesso de papéis e à ausência de sistemas de informação unificados e ágeis.

A informação, ferramenta fundamental para o setor de saúde suplementar, norteia avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, orienta decisões e planejamentos, embasa as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais.

A proposta da ANS utiliza padrões já existentes e disponíveis em outros bancos de dados e sistemas de informações, permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informação em saúde hoje existentes, possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas.

## HISTÓRICO

Em maio de 2003, a ANS iniciou o trabalho de pesquisa e elaboração da TISS, a partir de convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. O grupo de trabalho criado na Agência analisou os padrões e informações já trocados no mercado, com o objetivo de propor um modelo unificado de troca de informações em saúde suplementar.

Cerca de 50 guias atualmente trocadas entre operadoras e prestadores foram analisadas, além de visitas feitas a prestadores e operadoras no intuito de se conhecer e identificar dificuldades no processo de troca de informação. Foram também estudados padrões internacionais de trocas de informações em sistemas de saúde, como a HIPAA ACT-1996, HL7 v3, OpenEHR, ISO-TC215, CEN-TC251, EDIFACT.

Foram ainda analisados os sistemas nacionais de informações em saúde, como o SIB e SIP (sistemas da ANS); e o SIM, SINAN, CNS; CNES e CIH, do Ministério da Saúde.

Essa metodologia permitiu o desenvolvimento do padrão TISS de forma a facilitar a interoperabilidade dos diversos sistemas de informação independentes.

### Oficinas

Em julho de 2004, com o objetivo de discutir junto ao mercado de saúde suplementar a proposta de padronização da troca de informações entre operadoras e prestadoras de serviços, a ANS promoveu, também com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento, um ciclo de quatro encontros intitulados Oficinas ANS -TISS.

Esses encontros, ocorridos nas cidades do Rio de Janeiro, Fortaleza, Curitiba e São Paulo, representaram importante momento de integração entre a ANS, prestadores e operadoras. Devido à mobilização do setor, uma quinta oficina se realizou na cidade de Porto Alegre, onde foi criado um grupo de trabalho, com a participação de operadoras e prestadores, cuja meta era a avaliação da proposta.

Os temas abordados nessas oficinas incluíram uma visão geral da regulação, destacando a importância da utilização de instrumentos da regulação incentivada e os seguintes tópicos:

- a) Padronização: Conceitos, Importância, Convênio BID, Projeto TISS;
- b) Integração com os sistemas do SUS e da ANS;
- c) Elaboração das guias e dos campos das guias
- d) Software TISS: Escopo, Metodologia, Principais conceitos, Módulos Operadora e Prestador, Troca eletrônica de informação: padrão XML.

As oficinas foram avaliadas pelos participantes da seguinte forma:

Item	Oficina	Avaliação Percentual					Total
		Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Não Importante	Não opinou	
<b>Como avalia a importância do tema abordado para o setor de saúde suplementar?</b>	Fortaleza	55,3	44,7	0,0	0,0	-	100,0
	Curitiba	63,5	36,5	0,0	0,0	-	100,0
	São Paulo	45,0	51,2	3,9	0,0	-	100,0
	Porto Alegre	51,6	43,5	3,2	0,0	1,6	100,0
<b>Qual a sua opinião sobre a possibilidade de adoção de um padrão de troca de informação entre operadoras e prestadores de serviço?</b>	Fortaleza	47,4	52,6	0,0	0,0	-	100,0
	Curitiba	55,8	42,3	1,9	0,0	-	100,0
	São Paulo	41,5	53,8	4,6	0,0	-	100,0
	Porto Alegre	56,5	37,1	4,8	0,0	1,6	100,0

Fonte: ANS, 2004.

## Consulta Pública

Em fevereiro de 2005, dentro da prática de transparência adotada pela ANS, a Agência elaborou uma minuta de Resolução Normativa e adotou a Consulta Pública nº 21, com o objetivo de discutir amplamente e aprimorar o padrão TISS.

A minuta versava sobre o estabelecimento de padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços, tanto em relação ao conteúdo quanto à comunicação eletrônica. O prazo inicial de um mês para as sugestões foi ampliado por solicitação do setor, devido ao interesse despertado.

A participação do setor foi expressiva. Hospitais, laboratórios e profissionais liberais, conselhos profissionais, operadoras, entidades representativas de operadoras e de prestadores enviaram contribuições, sugestões e críticas.

O grupo de trabalho da ANS incorporou ao texto da Resolução Normativa as sugestões compatíveis, chegando-se à simplificação dos modelos de guias e padrões sem perda da qualidade das informações a serem trocadas.

A substituição do padrão de comunicação XML/DTD, anteriormente escolhido, pelo XML/Schema foi uma das colaborações do setor na Consulta Pública. O estabelecimento de prazos distintos, de acordo com o tipo do prestador, também foi definido a partir desse diálogo.

## BENEFÍCIOS

A padronização e a troca eletrônica de informações em saúde suplementar trazem inúmeros benefícios, entre os quais:

- Aprimoram a comunicação entre os atores do setor
- Reduzem o uso de papel, agilizando o acesso do beneficiário aos serviços de saúde.
- Facilitam a obtenção de informações para estudos epidemiológicos e definição de políticas em saúde
- Favorecem a realização de análise de custos e benefícios de investimentos na área de saúde
- Reduzem custos administrativos
- Melhoram a qualidade da assistência à saúde
- Possibilitam comparações e análises de desempenho institucional implicando a otimização de recursos e aumento da qualidade de gestão

A ANS disponibilizará um sistema computacional gratuito que possibilitará a troca eletrônica, agregando facilidades para verificação da produção médica, controle de pagamentos, glosas e contratos, valoração de guias, além da emissão de relatórios utilizados para a entrada de parâmetros do SIP (Sistema de Informações de Produtos) e do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários), ambos da ANS, contribuindo, assim, com o atendimento dessas normas por parte das operadoras.

A utilização desse sistema computacional será opcional e seu objetivo é atender operadoras e prestadores de serviços que não tenham sistemas próprios para se adequarem ao padrão de comunicação da Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS.

## NORMAS

### **Resolução Normativa**

Após análise e avaliação das críticas e sugestões encaminhadas à Consulta Pública pelo setor, foi publicada a Resolução Normativa que estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde realizados aos seus beneficiários.

A resolução normativa nº 127 de 12 de maio de 2006 dispõe sobre a alteração do caput do art. 1º e os §§ 1º e 3º do art. 5º da Resolução Normativa nº 114, de 26 de outubro de 2005. As datas em questão nesta resolução passam a vigorar a contar da data da publicação da RN 114.

A resolução normativa nº 135 de 28 de setembro de 2006 altera o caput do artigo 1º, o § 1º do artigo 2º, o artigo 3º e o artigo 5º da Resolução Normativa - RN nº 114, de 26 de outubro de 2005.

A resolução normativa nº 138 de 22 de novembro de 2006 altera o artigo 5º da Resolução Normativa - RN nº 114, de 26 de outubro de 2005.

### **Instrução Normativa**

A Instrução Normativa nº 26, de 10 de maio de 2007, dispõe sobre a instituição da versão 2.01.02 do padrão de comunicação 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.

A Instrução Normativa nº 23 de 28 de dezembro de 2006, dispõe sobre a instituição da versão 2.01.01 do padrão de comunicação 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.

A Instrução Normativa nº 22, de 16 de novembro de 2006, Dispõe sobre a instituição da versão 2.01 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.

A Instrução Normativa Nº 21 de 11 de agosto de 2006 dispõe sobre a instituição da versão 2.0 do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras e prestadores sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários.

A Instrução Normativa Nº 17 de 10 de novembro de 2005 dispõe sobre a instituição da versão 1.0 do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras e prestadores sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários.

Para conhecer a Resolução Normativa e a Instrução Normativa, acesse o sítio da ANS  
<http://www.ans.gov.br>

## CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os conceitos e definições estão apresentados em ordem alfabética:

**Demonstrativo de retorno:** modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS sobre o pagamento dos eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano privado e enviado da operadora para o prestador. Compreende o demonstrativo de pagamento e de análise de conta médica;

**Estrutura da transação eletrônica:** modelo eletrônico formal das transações correspondentes das guias e do demonstrativo de retorno do padrão TISS;

**Eventos assistenciais:** consultas médicas ou de quaisquer outras especialidades de nível superior; utilização de serviços profissionais e de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; solicitação e autorização de internação hospitalar; internação hospitalar e tratamento odontológico;

**Guias:** modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano privado e enviados do prestador para a operadora;

**Informação de saúde identificada individualmente:** qualquer informação sobre o beneficiário, incluindo dados demográficos, coletados ou armazenados sobre os eventos assistenciais pela operadora de plano privado ou pelo prestador de serviços de saúde;

**Operadoras de plano privado de assistência à saúde:** pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde;

**Padrão de comunicação:** define os métodos para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado e os sistemas de informação dos prestadores;

**Padrão de conteúdo e estrutura:** modelo de apresentação dos eventos assistenciais realizados no beneficiário, que compreendem as guias, o demonstrativo de retorno e a estrutura da mensagem a ser compartilhada de forma eletrônica;

**Padrão de representação de conceitos em saúde:** conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados no padrão TISS;

**Padrão TISS:** Troca de Informação em Saúde Suplementar - define o padrão para a troca de informação sobre o atendimento prestado aos beneficiários, entre operadoras de plano privado e prestadores. O objetivo do padrão TISS é atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação da assistência à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor. O padrão TISS se divide em 4 categorias: conteúdo e estrutura, representação de conceitos em saúde, comunicação, e segurança e privacidade;

**Plano privado de assistência à saúde:** prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica e a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário;

**Prestadores de serviços de saúde:** pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviços às operadoras de plano privado de assistência à saúde;

**Solicitação de proposta de modificação (SOP-TISS):** modelo de solicitação de modificação do padrão TISS a ser adotado por aquelas entidades, instituições ou pessoas físicas ou jurídicas interessadas no padrão TISS.

## PADRÃO TISS

As principais categorias de padrões na área de Informática em Saúde são padrão de comunicação, de vocabulário, de conteúdo e estrutura e de privacidade, confidencialidade e segurança. O padrão TISS para a troca de informação entre operadoras e prestadores desenvolveu e definiu o seguinte:

1. Padrão de comunicação: a linguagem de marcação XML/Schema;
2. Padrão de vocabulário: o CID 10, por exemplo, é um dos padrões adotados na área públicos e privados para a descrição dos diagnósticos do paciente;
3. Padrão de conteúdo e estrutura: são os padrões definidos nas guias e demonstrativos;
4. Padrão de privacidade, confidencialidade e segurança: foram adotadas as normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina.

O padrão TISS é composto por guias e demonstrativos de pagamento, mensagens eletrônicas e estrutura SCHEMA-XML.

### Guias

As guias do padrão TISS são os modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do prestador para a operadora. O layout dos formulários deve ser seguido integralmente, conforme publicado na Instrução Normativa nº 22 de 16 de novembro de 2006, não sendo possível nenhum tipo de alteração em sua estrutura.

As guias definidas no padrão TISS são:

#### Guia de Consulta

A Guia de Consultas deve ser utilizada exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento e constitui-se no documento padrão para solicitação do pagamento.

Nome	Legenda
Guia de Consulta	Legenda da Guia de Consulta

#### Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

A Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequena cirurgia, terapias, consulta com procedimentos, exames, atendimento domiciliar, SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS). Compreende os processos de autorização, desde necessária, e de execução dos serviços. A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT.

Nome	Legenda
Guia de Serviços Profissionais/ Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)	Legenda

A Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) deve ser utilizada das seguintes formas:

### **Solicitação**

- a. Para o médico solicitar, se necessário, qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento, em situações que não impliquem em internação. Isto elimina qualquer outro tipo de papel, mesmo os receituários em que os médicos estão acostumados a fazer estas solicitações. Se a operadora for emitir uma guia autorizando qualquer tipo de SADT ou procedimento, material, medicamento, taxa e equipamento (à exceção das internações) deverá utilizar esta guia;
- b. Para a solicitação de consulta de referência (consulta realizada por indicação de outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento);
- c. No caso de autorização de OPM e medicamentos especiais a operadora poderá a seu critério emitir uma nova guia ou algum documento complementar comprovando a autorização;

### **Execução**

- a. Para realização de consulta de referência e consultas com procedimento;
- b. Se todo fluxo da operadora for em papel e manual, o prestador enviará no mesmo documento de solicitação os dados da execução para cobrança;
- c. Qualquer tipo de SADT ou procedimento, OPMs e medicamentos especiais executados, não internados, são registrados na guia de SP/SADT. Outras cobranças de material e medicamento de uso comum, taxas e equipamentos devem ser registrados na Guia de Outras Despesas;
- d. No caso de serviços terceirizados do hospital (SADT internado), quando o pagamento não é feito ao hospital, mesmo em regime de internação, deverá utilizar esta guia. Admite-se que mesmo em casos de internações onde o SADT seja cobrado pelo próprio hospital, utilize-se essa guia. Nessa hipótese, o hospital não colocaria esses procedimentos na Guia de Resumo de Internação.

Para cobrança individual de honorários de procedimentos realizados em equipe, incluindo o grau de participação conforme tabela de domínio.

### **Guia de Solicitação de Internação**

A Guia de Solicitação de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a solicitação, autorização ou negativa, de internação, em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.

O pedido de prorrogação será feito pelos prestadores de serviço de forma devidamente acordada com a operadora e a autorização deverá ser registrada no verso desta guia, até a elaboração da padronização da Guia de Pedido de Prorrogação a ser realizada pelo COPISS.

Nome	Legenda
Guia de Solicitação de Internação	Legenda

### Guia de Resumo de Internação

A Guia de Resumo de Internação é o formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação.

- a. No caso dos honorários quando cobrados diretamente pelos profissionais, deve-se utilizar a Guia de Honorário Individual;
- b. No caso de SADTs quando cobrados diretamente pelos terceirizados deve-se utilizar a Guia de SP/SADT;
- c. As Guias de Honorários Individual / SADT`s devem ser ligadas a guia do hospital conforme demonstrado abaixo no quadro "**Ligação entre guias**";

Nome	Legenda
Guia de Resumo de Internação	Legenda

### Guia de Honorário Individual

A Guia de Honorário Individual é um formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional.

- a. Nas internações, no caso de contas desvinculadas.
- b. Esta guia é ligada a guia do hospital conforme demonstrado abaixo no quadro "**Ligação entre guias**".

Nome	Legenda
Guia de Honorário Individual	Legenda

### Guia de Outras Despesas

A Guia de Outras Despesas é formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre ligada a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informados na guia principal.

Nome	Legenda
------	---------

Guia de Outras Despesas	Legenda
-------------------------	---------

### **Guia de Tratamento Odontológico - Solicitação**

A Guia Odontológica / Solicitação tem como finalidade ser utilizada para descrever a situação inicial do paciente e para solicitação dos procedimentos odontológicos por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas.

<b>Nome</b>	<b>Legenda</b>
Guia de Tratamento Odontológico - Solicitação	Legenda

### **Guia de Tratamento Odontológico - Cobrança**

A Guia Odontológica / Cobrança tem como finalidade ser utilizada para faturamento dos procedimentos odontológicos realizados por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas.

Qualquer tipo de procedimento odontológico executado no paciente é registrado na Guia Odontológica/Cobrança.

<b>Nome</b>	<b>Legenda</b>
Guia de Tratamento Odontológico cobrança	Legenda

### **Demonstrativos de retorno**

São modelos formais de representação e descrição documental do padrão TISS, sobre o pagamento dos eventos assistenciais e enviados da operadora para o prestador.

O Demonstrativo de Pagamento e o Demonstrativo de Análise de Conta Médica são os documentos pelos quais as operadoras enviarão aos prestadores as informações relativas ao faturamento e processamento das Guias.

### **Demonstrativo de Pagamento**

Os Demonstrativos de Pagamento são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer extrato das contas da produção apresentadas nas guias em questão e seu pagamento ou não.

<b>Nome</b>	<b>Legenda</b>
Demonstrativo de Pagamento	Legenda

### **Demonstrativo de Análise de Conta Médica**

Os Demonstrativos de Análise de Conta Médica são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo prestador, item a item. A partir deste demonstrativo é possível ao prestador fazer uma previsão das contas a

serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias.

Nome	Legenda
Demonstrativo de Análise de Conta médica	Legenda

### **Guia de Tratamento Odontológico – Demonstrativo de Pagamento**

Os Demonstrativos de Pagamento são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer extrato das contas da produção apresentadas nas guias em questão e seu pagamento ou não. Neste caso, esta guia tem o objetivo de apresentar a prestação de contas referente as guias odontológicas apresentadas pelo prestador de serviço.

Nome	Legenda
Guia de Tratamento Odontológico – demonstrativo de pagamento	Legenda

### **Exemplos e Ligações entre guias**

#### **Exemplos de maior complexidade**

##### Exemplo 1

O beneficiário é atendido no ambulatório do hospital com uma fratura e o serviço de raios-X é terceirizado.

- O hospital manda uma guia de SADT, com uma guia anexa de outras despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, materiais e medicamentos.
- O serviço de raios-X manda uma guia de SADT. Se houverem taxas, materiais ou medicamentos, também anexará uma guia de outras despesas
- O médico poderá cobrar seus serviços em guia de SP/SADT própria.
- Ver abaixo o quadro "Ligação entre guias" para boa compreensão da ligação entre as mesmas.

##### Exemplo 2

O beneficiário está internado para uma cirurgia com um auxiliar e um anestesista. A conta é desvinculada (cada médico manda sua conta para a operadora independente dos outros e do hospital). Os exames de laboratório e de imagem são terceirizados.

- O hospital manda uma guia de resumo de internação, com uma guia anexa de outras despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.

- O laboratório e o serviço de imagens mandam separadamente uma guia de SADT. Se houverem taxas, materiais ou medicamentos, também anexarão uma guia de outras despesas.
- Os médicos cobrarão seus serviços na guia de Honorário Individual.
- Ver abaixo o quadro "Ligação entre guias" para boa compreensão da ligação entre as mesmas.

### Exemplo 3

O beneficiário está internado para um procedimento cirúrgico e os honorários médicos serão cobrados pelo hospital. Os exames de laboratório e de imagem serão cobrados por terceiros.

- O hospital manda uma guia de Resumo de Internação, com uma guia anexa de Outras Despesas onde cobrará taxas de sala, serviços hospitalares em geral, diárias, materiais e medicamentos.
- O laboratório e o serviço de imagens preenchem separadamente uma guia de SP/SADT. Se houverem taxas, materiais ou medicamentos, também anexarão uma guia de Outras Despesas.
- O hospital registra os serviços dos médicos na própria guia de Resumo de Internação.
- Ver abaixo o quadro "Ligação entre guias" para boa compreensão da ligação entre as mesmas à Guia de Solicitação de Internação.

### Ligação entre guias

#### São duas as formas de ligação entre as guias:

- Ligação entre as guias através da senha;
- Ligação entre as guias através do número da guia.

Ligação entre guias através do número		
Atendimentos ambulatoriais		
Guia Principal	Guias Secundárias	Guias Terciárias
SP/SADT do Hospital	<p><b>Outras despesas:</b> O hospital a emite para cobrar diárias,taxas, gases, materiais e medicamentos de uso comum. O campo 2 (Número Guia Referenciada) aponta para o campo 2 da guia de SP/SADT.</p> <p><b>SP/SADT de terceirizados Ligar com a guia principal, utilizando o campo 3 da Guia de SP/SADT do terceirizado referenciando-se ao campo 2 da Guia de SP/SADT do Hospital.</b></p>	<p><b>Outras despesas:</b> O prestador a emite Para cobrar taxas, materiais e medicamentos de uso comum. <b>O campo 2 (Número Guia Referenciada) aponta para o campo 2 da guia de SP/ SADT.</b></p>

	<p><b>SP/SADT</b> de médicos Onde os médicos cobram SP (serviços profissionais) <b>Ligar com a guia principal, utilizando o campo 3 da Guia de SP/SADT do médico referenciando-se ao campo 2 da Guia de SP/SADT do Hospital.</b></p>	
<b>Solicitação de Internações</b>		
Guia Principal	Guias Secundárias	Guias Terciárias
<p><b>Solicitação de Internação</b> Onde o médico solicita e a operadora autoriza.</p>	<p><b>SADT do Hospital e de Terceirizados</b> Onde deve ter feita a solicitação de SADT de paciente internado (nos casos em que a solicitação prévia é necessária) <b>O campo 3 (número da guia principal) aponta para o campo 2 (numero da guia ) da guia de Solicitação de Internação.</b></p>	
<b>A conta da Internação</b>		
Guia Principal	Guias Secundárias	Guias Terciárias
<p><b>Resumo de Internação</b> Utilizada pelo hospital para mandar a conta. <b>O campo 3 da Guia de Resumo de Internação (Nº da guia de solicitação) aponta para o campo 2 da guia de Solicitação de Internação (Número da guia).</b></p>	<p><b>Outras despesas:</b> O hospital a emite para cobrar diárias,taxas, gases, materiais e medicamentos de uso comum. <b>O campo 2 da Guia de Outras Despesas (Número Guia Referenciada) aponta para o campo 3 (número da Guia de Solicitação) da Guia de Resumo de Internação.</b></p> <p><b>SP/SADT terceirizados e do hospital</b> Quando cobrados diretamente pelos terceirizados deve-se utilizar a Guia de SP/SADT. Os prestadores hospitalares poderão cobrar os serviços próprios na Guia de SP/SADT. <b>O campo 3 (num da guia principal) aponta para o campo 3 (num guia de solicitação) da guia Resumo de Internação.</b></p> <p><b>Honorários Individuais.</b> Utilizadas pelos profissionais para cobrar seus honorários nas contas de internação. <b>O campo 3 (nº da guia de solicitação/senha) aponta para o campo 2 da Guia de Solicitação de Internação.</b></p>	<p><b>Outras despesas:</b> O prestador a emite para cobrar taxas,materiais e medicamentos de uso comum. <b>O campo 2 (Número Guia Referenciada) aponta para o campo 2 da guia de SP/ SADT.</b></p>

## Mensagens ou transações eletrônicas

Uma mensagem ou transação eletrônica é um conjunto estruturado de informações trocado entre atores de diversos setores com a finalidade de solicitar uma operação ou informar um resultado.

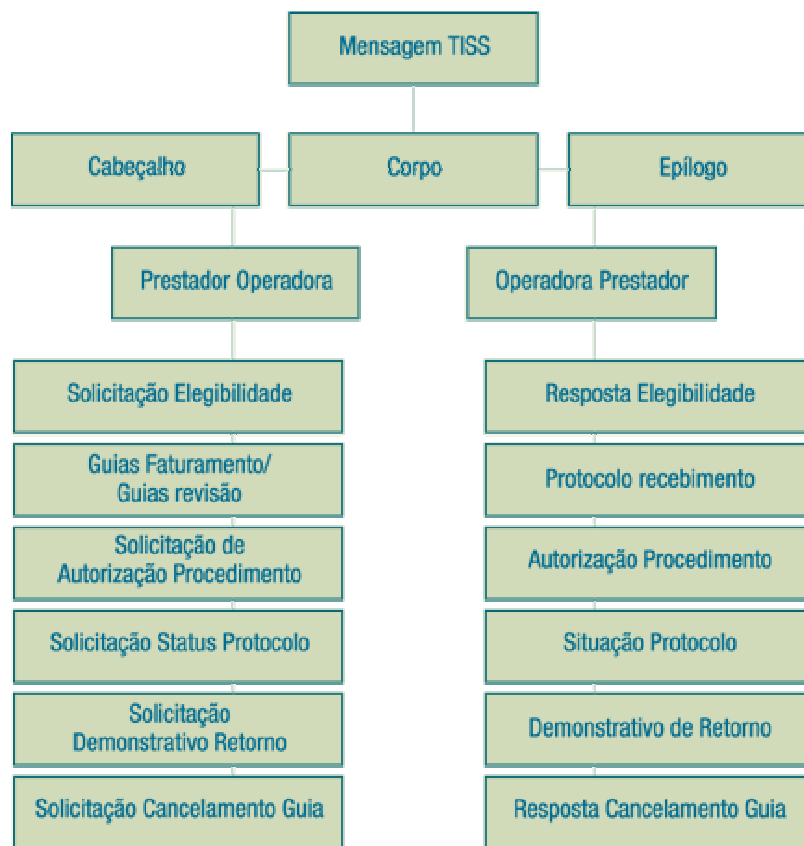
Buscando a adoção de um padrão flexível e reconhecido internacionalmente, a ANS, com a contribuição das operadoras e dos prestadores de serviços, optou por adotar o XML (extensible Markup Language) como linguagem para troca de mensagens eletrônicas. O padrão XML está definido em <http://www.w3.org/XML/> (W3C-World Wide Web Consortium).

Para validação da estrutura de uma mensagem XML, são necessários os arquivos Schema-XML Schema Definition (XSD).

A Resolução Normativa definiu a estrutura lógica das mensagens e a Instrução Normativa nº 26, de 10 de maio de 2007, publicou a versão 2.01.02 dos seus formatos físicos. O detalhamento dos campos das mensagens está descrito no *Schema-XML* no Anexo I da referida IN

## Estrutura geral do padrão de comunicação TISS

O padrão TISS está definido através da "Mensagem TISS" representada abaixo:



## A "Mensagem TISS" é composta de:

Cabeçalho + corpo da mensagem + epílogo

**Cabeçalho** - descreve a origem e destino da mensagem

**Corpo** – contém as transações específicas do padrão TISS

**Epílogo** – contém o fechamento da mensagem com o cálculo do hash

## O cabeçalho da mensagem TISS é composto por:

Identificação da transação + seqüencial da transação + data + hora + origem + destino

Os seguintes tipos de transações foram definidos:

<b>Prestadores de serviços para as operadoras</b>
"ENVIO_GUIAS" "SOLICITACAO_PROCEDIMENTOS" "SOLIC_DEMONSTRATIVO_RETORNO" "SOLIC_STATUS_PROTOCOLO" "RE_APRESENTACAO_GUIA" "CANCELA_GUIA" "VERIFICA_ELEGIBILIDADE" "AUTORIZACAO_ODONTOLOGIA" "SOLICITA_STATUS_AUTORIZACAO"
<b>Operadoras para os prestadores de serviços</b>
"AUTORIZACAO_PROCEDIMENTOS" "PROTOCOLO_RECEBIMENTO" "RESPOSTA_SOLICITACAO" "DEMONSTRATIVO_PAGAMENTO" "DEMONSTRATIVO_ANALISE_CONTA_MEDICA" "DEMONSTRATIVO_ODONTOLOGIA" "STATUS_PROTOCOLO" "CANCELAMENTO_GUIA_RECIBO" "SITUACAO_ELEGIBILIDADE" "STATUS_AUTORIZACAO"

A estrutura do corpo da mensagem TISS padroniza o conteúdo de informação que deve ser transacionado entre prestadores e operadoras de planos de saúde.

O epílogo da mensagem 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 atributo VALOR do elemento HASH de uma transação deve conter, em hexadecimal (32 caracteres), o HASH MD5 (Message-Digest Algorithm) dos valores dos atributos da transação justapostos, lidos da esquerda para a direita. Não devem ser incluídos no cálculo do HASH os nomes dos elementos ou dos atributos da transação.

**As mensagens eletrônicas dos Prestadores de serviços para as Operadoras são:**

**Envio de Lotes de Guias** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora com as informações sobre a assistência realizada ao beneficiário, para fins de pagamento.

**Solicitação de Demonstrativo de Retorno** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora, solicitando o envio do demonstrativo de retorno por período ou número de protocolo de recebimento. Em resposta, a operadora enviará o demonstrativo de retorno solicitado (demonstrativo de pagamento, demonstrativo de análise de conta médica, demonstrativo de pagamento odontológico).

**Solicitação do Status do Protocolo** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora, solicitando a situação dos lotes enviados, a partir do número dos respectivos protocolos.

**Solicitação do Status da autorização** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora, solicitando o status de uma autorização de atendimento assistencial que esteja em análise. Esta mensagem permite um terceiro ator (quando o solicitante for diferente do executante) solicitar o status de uma solicitação de autorização através da identificação do beneficiário.

**Re-apresentação de lote de guias** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora com as informações sobre a re-apresentação de guias de faturamento glosadas pela operadora.

**Cancela Guia** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora solicitando o cancelamento do processamento de uma determinada guia, seja ela de faturamento, solicitação ou reapresentação.

**Verifica Elegibilidade** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora com as informações sobre o beneficiário solicitando a verificação da elegibilidade do mesmo.

**Solicita Autorização de Serviço** - Documento eletrônico enviado pelo prestador à operadora solicitando autorização para realização de serviços médico-hospitalares em beneficiário de plano de saúde privado.

**As mensagens eletrônicas das Operadoras para os Prestadores de serviços são:**

**Protocolo de Recebimento** - Documento eletrônico emitido pela operadora e enviado ao prestador com a comprovação do recebimento dos lotes de guias enviados pelo prestador.

**Autorização de Procedimentos** - Documento eletrônico utilizado como resposta à transação de **solicitação de autorização de procedimento**, que incorpora as

solicitações das guias de Solicitação de Internação, Serviços Profissionais /SADT e Tratamento Odontológico.

**Status do Protocolo** - Documento eletrônico emitido pela operadora em resposta à mensagem de *Solicitação de Status do Protocolo*. As seguintes situações referentes ao envio das guias foram definidas:

Descrição	Definição
1. Recebido	Lote recebido pela operadora
2. Em análise	A operadora está analisando o lote recebido
3. Liberado para pagamento	A operadora analisou e liberou o lote para pagamento
4. Encerrado sem pagamento	A operadora analisou e não liberou o lote para pagamento
5. Analisado e aguardando liberação para o pagamento	A operadora analisou o lote e está aguardando a liberação do pagamento
6. Pagamento efetuado	A operadora analisou o lote, liberou e já realizou o pagamento
7. Não localizado	A operadora não encontrou o protocolo solicitado ou o número do mesmo é inválido

**Status da Autorização** - Documento eletrônico emitido pela operadora em resposta à mensagem de *Solicitação de Status da autorização* informando o status de uma solicitação de autorização.

**Resposta Solicitação** - Documento eletrônico enviado pela operadora para o prestador com a resposta à solicitação de serviços realizada pelo prestador.

**Demonstrativo de Análise de Conta médica** - Documento eletrônico enviado pela operadora ao prestador detalhando o processamento de um lote de guias de faturamento.

**Demonstrativo de Pagamento** - Documento eletrônico enviado pela operadora ao prestador informando detalhes do pagamento de um determinado protocolo ao prestador de serviço executante.

**Demonstrativo de Pagamento-Odontologia** - Documento eletrônico enviado pela operadora ao prestador informando detalhes do pagamento de eventos assistenciais odontológicos a um prestador executante.

**Recibo Cancelamento Guia** - Documento eletrônico enviado pela operadora ao prestador oficializando o recebimento de um pedido de cancelamento de processamento de guia de faturamento.

**Situação Elegibilidade** - Documento eletrônico enviado pela operadora ao prestador informando a situação de elegibilidade do beneficiário.

## Schemas XML

O padrão de comunicação TISS é composto de quatro *schemas* XML, disponíveis para *download* em <http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas>

- *Schema* com tipos de dados simples TissSimpleTypesV2\_01\_02.xsd
- *Schema* com tipo de dados complexos, construídos a partir dos tipos de dados simples, TissComplexTypes V2\_01\_02.xsd
- *Schema* com a descrição das Guias que compõem o padrão TISS TissGuiasV2\_01\_02.xsd
- *Schema* que descreve a **Mensagem TISS** TissV2\_01\_02.xsd.

Este *schema* define as trocas entre prestadores e operadoras, utilizando os elementos definidos nos três *schemas* anteriores.

## Premissas

Na construção do *schema* que define o padrão TISS, algumas premissas foram adotadas:

Adoção dos padrões já utilizados pela ANS, Ministério da Saúde e das sugestões da consulta pública nº 21/2005 sobre o padrão TISS;

Inclusão do maior número possível de domínios no schema-XML para aumentar a capacidade de expressão do modelo;

Incorporação de diferentes alternativas de fornecimento da mesma informação para aumentar a flexibilidade;

Construção de tipos de dados simples e, a partir deles, criação de elementos de maior complexidade que correspondem à agregação dos tipos simples para, finalmente, se definir a Mensagem TISS;

### a. Padrões de notação

Os seguintes padrões de notação foram adotados:

- namespace "ans:" foi criado para identificar os elementos do schema do padrão TISS
- elementos que descrevem tipos simples de dados foram identificados com o prefixo "st\_". Exemplo: st\_tipoAtendimento, st\_tipoConsulta. Tipos simples que foram utilizados em vários guias estão descritos no schema TissSimpleTypesV2\_01\_02.xsd;

- elementos que descrevem tipos complexos de dados foram identificados com o prefixo "ct\_". Os tipos complexos foram construídos a partir dos tipos simples. Tipos complexos que foram utilizados em vários guias estão descritos no *schema* TissComplexTypesV2\_01\_02.xsd;

- nome dos elementos foi definido por extenso para manter a expressividade do padrão e facilitar o seu entendimento.

Exemplo:

```
<complexType name="ct_Diagnostico">
  <sequence>
    <element name="nomeTabela"
      type="ans:st_tabelasDiagnostico"/>
    <element name="codigoDiagnostico"
      type="ans:st_codigoDiagnostico"/>
    <element name="descricaoDiagnostico" type="ans:st_nome" minOccurs="0"
nillable="true"/>
  </sequence>
</complexType>
```

O elemento ct\_Diagnostico é um elemento composto que consta do *schema* tissComplexTypes.xsd uma vez que é referenciado em várias guias. Este elemento é composto de uma seqüência de elementos baseados em tipo simples, como o elemento nomeTabela baseado no tipo simples "ans:st\_tabelasDiagnostico".

## **b. Versionamento e download**

Os *schemas* que compõem o padrão TISS são versionados. O número da versão é identificado pelo nome do arquivo que contém o *schema*. Acrescentou-se ao nome do arquivo que contém o *schema* o ano (AAAA), o mês (MM) e número da versão do padrão, conforme abaixo:

- TissSimpleTypesV2\_01\_02.xsd
- TissComplexTypesV2\_01\_02.xsd
- TissGuiasV2\_01\_02.xsd
- TissV2\_01\_02.xsd

O *sítio* oficial para *download* das versões atualizadas do padrão TISS é <http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas>

### Endereços de sítios com informações sobre XML

1. Sítio do *World Wide Web Consortium* (W3C) e fórum de discussão com uma lista de eventos e seminários sobre XML. Disponibiliza artigos, FAQ's, tutoriais e *links* para vários sítios que tratam do assunto (<http://www.w3.org/XML>).
2. Fórum básico de discussão sobre XML. Apresenta novidades sobre XML e padrões acompanhantes, bem como informações sobre empresas que desenvolvem aplicações em XML. Possui *links* para uma variedade de sítios de desenvolvedores XML (<http://www.xml.org>).
3. Seções sobre treinamento, lista de eventos, aplicações, *e-commerce* e considerável número de artigos sobre o assunto (<http://www.xml.com>).
4. Informações sobre editores, ferramentas de conversão e outros utilitários para XML (<http://www.xmlinfo.com>).
5. *Editor's Picks* para "Ferramentas e Utilitários", inclui seção em *Authoring, Editors, XML Parsers*, e muito outros tópicos dignos de consulta (<http://www.searchxmlresources.com>).
6. *Buyers's Guide*, de xml.com inclui seção denominada *Editors*, que tem uma boa lista de opções de editores XML/DTD (<http://www.xml.com/buyersguide>).
7. *XML Software Guide*, publicada no *Web Developer's Journal* inclui informações sobre ferramentas XML (<http://www.wdvl.com/Software/XML>).
8. O *Magazine XML* oferece Guia de Produtos e de Recursos em seu *Website* (<http://www.xmlmag.com>).
9. Este sítio tem por finalidade servir como um fórum de discussão para aplicações específicas de XML ou XSL e inclui uma compilação de recursos relacionados para o desenvolvimento em XML e XSL (<http://capita.wustl.edu/XMLRes/>).
10. Este sítio oferece fórum de discussão, tutoriais e outros recursos para usuários iniciantes e experientes na aplicação da xml (<http://www.webdeveloper.com/xml/>).
11. Este sítio oferece uma variedade de categorias de fóruns, os quais são brevemente descritos e onde se pode inserir perguntas e respostas (<http://www.xml.com/xml/forums>).
12. A *Experts Exchange, Inc* oferece esta página de fórum XML, com centenas de perguntas e respostas (<http://www.experts-exchange.com/jsp/zonesAlphabetical.jsp>).

13. Sítio bastante útil, com todos os recursos sobre XML: tutoriais, editores, sistemas de BD (<http://www.startkabel.nl/k/xml/>).

## Formas de Comunicação

As operadoras são obrigadas a estar preparadas para receber de sua rede credenciada os arquivos XML através de upload em sua página web, independente de outras formas de comunicação disponibilizadas opcionalmente.

Nenhum tipo de tecnologia está proibida pela Norma. Qualquer tecnologia legada poderá ser utilizada desde que consiga atender na íntegra a norma e o padrão de comunicação e segurança determinado, e que não-proprietária, a fim de facilitar a utilização da mesma por todos os atores envolvidos.

É considerada a utilização de serviços terceirizados para envio mensagens TISS através de servidores certificados. Um certificado digital poderá ter várias entidades cadastradas. Os serviços terceirizados pelas entidades (call center, URA, conectividade, etc...) são de responsabilidade da empresa contratante, sendo a contratada considerada parte da contratante para o cumprimento de legislações e responsabilidade. As informações padronizadas devem ser aplicadas no fluxo entre Prestadores e Operadoras. Não há necessidade de padronização entre Contratada e contratante.

As Operadoras poderão manter seus portais para preenchimento de guias e processo de autorização desde que estes estejam adequados ao padrão de Conteúdo e Estrutura. Todos os campos obrigatórios definidos para a guia devem estar contemplados nas interfaces, obedecendo a nomenclatura e a seqüência estabelecida no padrão. Mesmo para operadoras que disponibilizem este portal fica mantida a obrigatoriedade de estarem preparadas para receber os arquivos no formato XML através de webservices ou qualquer outra tecnologia que atenda a necessidade da operação.

### Webservices

A utilização de webservices para a troca de mensagens entre Operadoras e Prestadores de serviços médico-hospitalares não é obrigatório, mas caso a entidade opte pela utilização deste modelo, deverá seguir integralmente o padrão definido a seguir, além de todos os requisitos de segurança definidos pelo manual de referência desenvolvido pelo CFM e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, mencionado na Resolução Normativa nº 114, de 26 de outubro de 2005, que institui o padrão TISS, descritos no item "Segurança e Privacidade".

Não existe nenhum limite definido para o tráfego de mensagens XML a partir dos WSDL definidos. Cabe a cada entidade definir detalhes técnicos no momento da implementação, levando em consideração a banda de rede destinada e o hardware para processamento das mensagens eletrônicas.

O padrão de comunicação para arquitetura Webservice (wsdl) está disponível para download em <http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas>, seguindo as mesmas regras de versionamento.

### Gerenciador de Fila de Mensagens

As aplicações de prestadores e operadoras devem poder se comunicar através de caixas de entrada e de saída. Para evitar que os prestadores tenham de lidar com diversas organizações de arquivos e nomenclaturas, oriundos de diferentes operadoras, o sub-comitê de comunicação e segurança propôs uma estrutura padrão.

### Pasta Raíz

Todas as caixas, tanto as de entrada quanto as de saída, para todas as operadoras e prestadores, devem ser subpastas de uma pasta raiz única. Esta pasta raiz deve poder

ser definida por cada prestador e operadora, devendo ser um parâmetro aceito por todas as aplicações que usem a estrutura.

### **Caixas de Entrada**

As caixas de entrada devem permitir o processamento das mensagens recebidas na mesma ordem em que foram compostas pelo remetente, ou seja: em ordem de seqüencial de mensagem TISS.

Assim, a partir da raíz, as pastas devem se organizar por:

1. A palavra "recepção".

2. Data de recepção, no formato AAAAMMDD – mensagens recebidas em 10/09/2006 iriam para o pasta 20060910, por exemplo.

3. Código do destinatário – o código do prestador na operadora, se a caixa for do prestador, ou o registro ANS da operadora, se a caixa for da operadora.

4. Código do remetente – o registro ANS da operadora, se o caixa for do prestador, ou o código do prestador na operadora, se o caixa estiver na operadora.

Dentro deste último nível, cada arquivo deve ser gravado com o nome:  
*<seqüencial de mensagem TISS>\_<hash MD5 da mensagem>.xml*

O seqüencial de mensagem TISS deve ser formatado com zeros à esquerda em 20 posições.

Assim, se a pasta base para recepção for a */home/tiss*, os arquivos recebidos no dia 26/02/2006, vindos do prestador ABC123 e destinados à operadora 999999 serão gravados, na operadora, na pasta: */home/tiss/recepcao/20060226/999999/ABC123*.

O nome será algo como:

*00000000000000000000000025\_35b2ed93b6c0d07b96bdfdf6cbef4d.xml* , dependendo do hash da mensagem.

### **Caixas de Saída**

As caixas de saída terão uma organização mais simples, já que serão geradas pelo sistema local. Os seguintes níveis serão observados, a partir da pasta raíz:

1. A palavra "transmissão".

2. Código do destinatário – o registro ANS da operadora, se o caixa for do prestador, ou o código do prestador na operadora, se o caixa estiver na operadora.

Dentro deste último nível, cada arquivo deve ser gravado com o nome:  
<seqüencial de mensagem TISS>\_<hash MD5 da mensagem>.xml

As caixas de saída podem ser mais simples porque, ao receber cada mensagem, o processo no destino a colocará em caixas de entrada com a estrutura acima, separando os diferentes remetentes, se for o caso.

## **Certificação Digital**

Certificado digital é um documento eletrônico assinado digitalmente e cumpre a função de associar uma pessoa ou entidade a uma chave pública. As informações públicas contidas num certificado digital são o que possibilita colocá-lo em repositórios públicos.

Um Certificado Digital normalmente apresenta as seguintes informações:

- Nome da pessoa ou entidade a ser associada à chave pública
- Período de validade do certificado
- Chave pública
- Nome e assinatura da entidade que assinou o certificado
- Número de série

Considerando a resolução do CFM nº 1.639/2002 que aprovou as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico" que estabelece entre outras providências de segurança o que segue:

**Transmissão de Dados** – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

**Para grandes prestadores:**

O uso de certificado digital emitido por autoridade certificadora credenciada pelo ITI, para o servidor do prestador, considerando que o certificado tenha como um de seus atributos o CPF ou CNPJ do prestador.

**Para pequenos prestadores:**

Qualquer certificado válido abaixo do ITI Brasil, porém recomendamos o uso do A3, a fim de preservar a segurança do profissional (médico, odontólogo etc.), considerando que o certificado tenha como um de seus atributos o CPF ou CNPJ do prestador.

No caso de pessoa jurídica, onde trabalhem vários prestadores pessoa física, todos os dados poderão trafegar sob o certificado da pessoa jurídica, devendo as operadoras manter registro do vínculo entre estes prestadores.

No caso de pessoas físicas associadas, haverá necessidade, para uso do A3, de dotar o computador da secretária de hub USB, para abrigar vários smart cards ou token.

## SEGURANÇA E PRIVACIDADE

A privacidade das informações individuais, entre as quais se incluem aquelas referentes ao estado de saúde de cada beneficiário, é preocupação presente nos mais variados setores da sociedade e se expressa em variados diplomas legais, desde o Código Penal Brasileiro, de 1942, até as resoluções do Conselho Federal de Medicina, incluindo diplomas da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar. Por envolver informações que devem ser mantidas sob sigilo, a implantação da Troca de Informações em Saúde Suplementar -TISS - pressupõe a observância de normas já existentes, originárias de órgãos competentes para tal fim. Entre os procedimentos de segurança recomendados pela ANS para a implantação do TISS, e que portanto, devem ser obrigatoriamente seguidos por quaisquer operadoras e prestadores, estão as normas técnicas estabelecidas na [Resolução CFM n.º 1639, de 10 de julho de 2002](#), e nas resoluções da ANS ([RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002](#), e na [RDC nº 64, de 10 de abril de 2001](#) ).

Tais medidas proporcionam as garantias administrativas, técnicas e físicas de proteção ao acesso à informação trocada.

Obriga-se, ainda, para o alcance dos objetivos de segurança e privacidade, a observação, ao menos, dos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1), descritos no ["Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde" \(RES\)](#), em conformidade com a norma NBR ISO/IEC 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação.

Para as entidades que utilizarem webservices como padrão de comunicação é recomendado a utilização do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1) e o Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS-2).

## COMO IMPLANTAR O TISS

Estas orientações são dirigidas às operadoras e aos prestadores, preferencialmente para os profissionais da área de Tecnologia da Informação (TI).

1. Identifique na Resolução Normativa os prazos para a troca eletrônica entre:
  - Operadoras e prestadores do grupo 1: até 31 de maio de 2007;
  - Prestadores do grupo 2: até 30 de novembro de 2008;
  - Prestadores do grupo 3: até 30 de novembro de 2008.
  
2. Identifique as tabelas de domínio estabelecidas, analise-as e faça as correlações necessárias;
  
3. Localize as chaves de identificação unívoca necessária:
  - Registro ANS da operadora;
  
  - Chave do prestador na operadora ou o nº do CNES do prestador (obrigatório na guia de internação hospitalar).
  
4. Analise as guias a serem utilizadas, principalmente os campos obrigatórios de cada uma delas.
  
5. Faça o download dos schemas  
<http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas>
  
6. Faça o cálculo do hash, clicando em  
<http://java.sun.com/j2se/1.4.2/docs/api/java/security/MessageDigest.html>
  
7. Produza o documento XML para as mensagens eletrônicas.
  
8. Valide seu XML, clicando em  
<http://apps.gotdotnet.com/xmltools/xsdvalidator/default.aspx> ou  
<http://tools.decisionsoft.com/schemaValidate.html>

## REFERÊNCIAS

### Padrões Nacionais

**CNES** - O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas.

<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>

**CNS** - O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os executou e ao estabelecimento de saúde, por meio de números de identificação previamente cadastrados.

<http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/>

**CFM** - O Conselho Federal de Medicina possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica.

[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639\\_2002.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm)

**SBIS** - A Sociedade Brasileira de Informática em Saúde tem como objetivo promover o desenvolvimento de todos os aspectos da Tecnologia da Informação aplicada à Saúde.

<http://www.sbis.org.br/>

### Registros das Operadoras

<http://www.ans.gov.br/portal/site/consultas/consultas.asp>

### Sistemas Nacionais – ANS

**SIP** - O Sistema de Informação de Produtos tem como finalidade acompanhar a assistência de serviços prestada aos beneficiários de planos de saúde.

[http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil\\_operadoras/sip.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/sip.asp)

**SIB** - O Sistema de Informação de Beneficiários define as normas de envio das informações sobre os beneficiários das operadoras à Agência Nacional de Saúde Suplementar

[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=633&id\\_origina\\_l=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=633&id_origina_l=0)

### Sistemas Nacionais - Ministério da Saúde

**SIM** - O Sistema de Informação de Mortalidade foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão do sistema para a análise de situação, planejamento e avaliação das ações e programas de saúde.

[http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00\\_sim.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm)

**SINAN** - O Sistema de Informações de Agravos Notificáveis alimenta-se, principalmente, da notificação e da investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

[http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21383](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383)

**SINASC** - O Sistema de Informações de Nascidos Vivos propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, por meio da Declaração de Nascimento (DN).

[http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00\\_sinasc.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sinasc.htm)

**CIH** - A Comunicação de Internação Hospitalar, instituída pela Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999 e alterada pelas portarias de 1002/2002 e 988/2005, tem por finalidade o cadastro das ocorrências de todas as internações hospitalares no território nacional por meio de formulário padrão.

[http://64.233.179.104/search?q=cache:sWpqZebeyXYJ:dtr2001.saude.gov.br/sas/POR\\_TARIAS/Port2005/GM/GM-988.htm+cih+portaria&hl=pt-BR](http://64.233.179.104/search?q=cache:sWpqZebeyXYJ:dtr2001.saude.gov.br/sas/POR_TARIAS/Port2005/GM/GM-988.htm+cih+portaria&hl=pt-BR)

**SIH** - O Sistema de Informação Hospitalar foi concebido para efetuar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais públicos e conveniados ao SUS.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Decas/tabelasia.sih.htm>

## Padrões Internacionais

A Padronização de Informação em Saúde é uma área discutida internacionalmente. Esses padrões são apoiados em tecnologia de ponta, primando sempre pela segurança das informações trafegadas e pelo respeito à legislação local no que tange à responsabilidade do detentor dos dados.

Ao longo do desenvolvimento do projeto TISS, a ANS pesquisou e analisou alguns comitês e organizações produtores(as) de padrões de informação em saúde.

Podemos a seguir observar detalhes de alguns dos padrões mais conhecidos e praticados internacionalmente:

### **ISO - International Organization for Standardization**

Os padrões ISO são definidos através de Comitês Técnicos ( Technical Committees ) formados por especialistas de diversos países. O Comitê 215 ( ISO/TC 215 ) tem como objetivo padronizar a informação em saúde, bem como a tecnologia da comunicação dessas informações de maneira a promover a compatibilidade e a interoperabilidade dos sistemas independentes. CEN/TC 251 - European Standardization of Health Informatics

<http://www.iso.org/>

**O CEN/TC 251** do Comitê Europeu de Padronização ( European Committee for Standardization ) tem o objetivo de criar padrões na área de informática médica e de tecnologia de comunicação para obter compatibilidade e interoperabilidade entre sistemas.

<http://www.cenorm.be/cenorm/index.htm>

### **HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act**

Essa lei americana estabelece padrão eletrônico para troca de informações de eventos em saúde ( ) e reconhece as seguintes organizações mantenedoras de padrões:

» National Uniform Billing Committee (NUBC)

<http://www.nubc.org/>

» National Uniform Claim Committee (NUCC)

<http://www.nucc.org/>

» Workgroup for Electronic Data Interchange

<http://www.wedi.org/>

» American Dental Association

<http://www.ada.org/>

### **OPENEHR - Eletronic Health Records**

A fundação OPENEHR , sem fins lucrativos, foi criada com o propósito de definir padrões abertos para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, com foco no Registro Eletrônico do Paciente ( Electronic Health Record - EHR ).

<http://www.openehr.org/>

### **ASC X12**

A organização americana produtora de padrões ASC X12 , acreditada pelo instituto ANSI (American National Standards Institute), tem como objetivo desenvolver, manter e publicar padrões para troca eletrônica de informação, baseados, mas não limitados, no padrão X12 EDI, XML e no formato UN/EDIFACT.

<http://www.x12.org/>

### **UN/EDIFACT**

A Comissão de Economia das Nações Unidas para a Europa ( United Nations Economic Commission for Europe ) é uma das cinco comissões regionais das Nações Unidas para elaborar e harmonizar convenções, normas e padrões para diversas áreas, como estatística, meio ambiente, transporte, comércio, indústria.

<http://www.unece.org/programs/programs.htm>

### **HL7 - Health Level Seven**

O HL7, um dos vários padrões ANSI tem como missão construir padrões para a troca, gerência e integração de dados clínicos e administrativos sobre serviços de saúde prestados aos pacientes.

<http://www.hl7.org/>

### **Outras referências**

Algoritmo MD5 disponível para download em <http://www.ietf.org/rfc/rfc1321.txt>

Exemplo de implementação MD5 em Java:

<http://java.sun.com/j2se/1.4.2/docs/api/java/security/MessageDigest.html>

Site para cálculo do MD5: <http://mippo.big-blue-fish.com/md5.php>

Tutorial XML schemas : [www.w3schools.com/schema/default.asp](http://www.w3schools.com/schema/default.asp)

## COPISS

### A ANS cria o COPISS – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – criou, através da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES – o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS – que tem por finalidade promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do padrão TISS e da troca de informações entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de saúde e a ANS, através de processo participativo e democrático de construção e busca de consenso entre os diversos atores envolvidos na saúde suplementar.

O COPISS será composto por representantes das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços e da ANS, além de representante do Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS – e terá, como uma de suas atribuições, propor modificações e melhorias do padrão TISS. Para o desenvolvimento de suas atividades, o COPISS poderá contar com a participação de convidados, escolhidos entre entidades, cientistas e técnicos com conhecimentos na área, e poderá ainda constituir Grupos Técnicos para a elaboração de estudos e pareceres temáticos.

Listagem dos representantes de cada entidade representativa do setor componente do COPISS. Os questionamentos e solicitações do mercado devem ser encaminhados aos representantes abaixo.

ENTIDADE	REPRESENTANTE	
<b>Colégio Brasileiro de Radiologia</b>	Aldemir Humberto Soares	Titular
	Euderson Tourinho	Suplente
<b>CNS – Confederação Nacional de Saúde</b>	José Carlos de Souza Abrahão	Titular
	Armando Carvalho Amaral	Suplente
<b>CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas</b>	Erimar Carlos Brehme de Abreu	Titular
	Ariclenes Garcia da Silva	Suplente
<b>Ministério da Saúde (Secretaria Executiva)</b>	Ernani Bandarra	Titular
<b>UNIODONTO</b>	Fernando Faria	titular
	Marcelo P.C. Figueiredo	suplente

<b>CFO</b>	José Mário Morais Mateus	Titular
	Benício P. Mesquita	Suplente
<b>ADUSEPS – Associação dos Usuários de Planos de Saúde</b>	Josefa René Santos Patriota	Titular
	Marta Gomes Leins	Suplente
<b>UNIMED do Brasil</b>	Mauro Back	Titular
	Denise Maria Lemes de Almeida	Suplente
<b>ABRAMGE</b>	Pedro Ramos	Titular
	Luiz Antônio de Biase	Suplente
<b>SINOG</b>	Ruy F. de Oliveira	Titular
	Cláudia Durante	Suplente
<b>FENASEG</b>	Sonia Bastos	Titular
	Rosemeire Ishiguro de Lima	suplente
<b>UNIDAS</b>	Walter Lyrio do Valle	Titular
	Carlos Alberto da Silas	suplente
<b>FBH - Federação Brasileira de Hospitais</b>	Luiz Plínio Moraes de Toledo	titular
	Dr. Eduardo de Oliveira	Suplente
<b>UNIFESP</b>	Luiz Tadeu Jorge	Titular
<b>CFM</b>	Edson de Oliveira Andrade	Titular
	Pedro Pablo Magalhães Chacel	Suplente
<b>SBPC/ML- Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial</b>	Dr. Wilson Shcolnik	Titular
	Cleia Delfino do Nascimento	Suplente
<b>Pro Teste</b>	Maria Inês Dolci	Titular

**AMB – Associação Médica Brasileira**

Dr. Amilcar Martins Giron Titular

Dr. Florisval Meinão Suplente

## PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

A ANS disponibiliza um conjunto de perguntas e respostas baseado nas consultas realizadas pelas operadoras, prestadores de serviço e demais interessados. Esse instrumento será atualizado conforme o recebimento de novas consultas.

Esse conjunto de perguntas e respostas não substitui a leitura e análise das Resoluções e Instruções Normativas referentes ao Padrão TISS. A ANS disponibiliza também no seu sítio um amplo tutorial sobre o processo de construção do Padrão TISS e outros documentos relacionados.

### I - Por que padronizar?

1. O que se entende pelo TISS? [março 2006]

*Entende-se por TISS o padrão estabelecido pela ANS para a Troca de Informação em Saúde Suplementar, com o objetivo principal de padronizar as trocas eletrônicas de informações administrativas e financeiras a fim de aprimorar a eficiência e efetividade do sistema de saúde suplementar. A Resolução Normativa nº 114/2005 determina a adoção do padrão TISS por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviço.*

2. Por que adotar um padrão eletrônico para a troca de informação entre operadoras e prestadores de serviço? [março 2006]

*A ANS e as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviço concordam que a adoção de padrões eletrônicos para a Troca de Informação em Saúde Suplementar simplificará significativamente os processos envolvidos no sistema de saúde suplementar. Isto resultará na redução de custos administrativos tanto para as operadoras quanto para os prestadores de serviço. Atualmente existem diversos padrões de guias e de transações eletrônicas e, com a adoção de um padrão único nacional, os prestadores de serviço poderão submeter a mesma guia/transação para qualquer operadora.*

3. O que faz parte do padrão TISS? [março 2006]

*O padrão contempla as guias (modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS, sobre os eventos de saúde realizados no beneficiário de plano privado de assistência à saúde, e enviado do prestador para a operadora), os demonstrativos de retorno e as transações eletrônicas.*

4. Quem deverá adotar o padrão TISS? [março 2006]

*Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão adotar o padrão TISS, exceto as operadoras classificadas como administradoras de plano. Os prestadores de serviço adotarão o padrão TISS e são divididos em 3 grupos: grupo 1: hospitais gerais, hospitais especializados, hospitais/dia-isolado, pronto-socorro especializado e pronto-socorro geral; grupo 2: clínica especializada/ambulatório de especialidade (inclusive odontológica); unidade de apoio à diagnose e terapia (SADT isolado); unidade móvel de nível pré-hospitalar - urgência/emergência; unidade móvel fluvial; unidade móvel terrestre e policlínica; grupo 3: consultório isolado, consultório odontológico isolado e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.*

## II – Guias e campos

1. Quais as guias estabelecidas? [agosto 2006]

*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 não têm a obrigatoriedade de preenchimento podem ser excluídos das guias? [agosto 2006]

*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? [agosto 2006]

*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 seqüência deve obedecer? [agosto 2006]

*O número das guias, bem como as seqüências, deve ser definido pela operadora. Emissão, intervalo de números de guia para cada prestador e o tipo da guia deve ser acertado entre as partes.*

5. A operadora poderá adotar um único formulário unindo todas as guias? [agosto 2006]

*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? [março 2006]

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

7. Qual o prazo para adoção do padrão TISS pelas operadoras e prestadores de serviço? Existe cronograma diferenciado para as guias e para as transações eletrônicas? [março 2006]

*As guias a serem adotadas têm cronograma diferenciado das transações eletrônicas. As guias deverão ser adotadas em um mesmo prazo para todos os tipos de prestadores de serviço. As transações eletrônicas têm prazo diferenciado pelo tipo do prestador. É importante que as operadoras e prestadores de serviço acompanhem as Resoluções Normativas relativas ao padrão TISS.*

8. No caso de preenchimento nas guias do campo CID-10 pelos prestadores de serviço, as normas dos Conselhos Regionais de Medicina que garantem o sigilo profissional entre o médico e seu paciente não estariam sendo infringidas? [março 2006]

*O CID-10 deve ser preenchido pelo prestador de serviço e enviado para a operadora, obrigatoriamente somente na guia de Resumo de Internação, respeitando-se as regras impostas pelo CRM. O arquivo XML (eXtensible Markup Language) deverá ser trocado, respeitando as regras de segurança e integridade das informações do paciente, conforme resolução.*

9. Como proceder com um beneficiário que não possua o Cartão Nacional de Saúde? [março 2006]

*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.*

### **III - Alteração no Padrão TISS**

1. Como os padrões serão alterados? [março 2006]

*Os padrões serão alterados de acordo com o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, em um período não inferior a 360 dias, salvo por motivo de força maior. Todas as alterações serão publicadas em Resolução ou Instrução Normativa da ANS.*

2. Como os prestadores de serviços que não possuem sistema de informação continuarão prestando serviços aos beneficiários de planos de saúde? [março 2006]

*O padrão TISS foi estabelecido com apoio das operadoras e prestadores de serviços. Todos reconhecem que a padronização eletrônica trará redução dos custos administrativos envolvidos com o faturamento.*

3. Como as operadoras poderão obrigar a adoção do padrão TISS pelos prestadores de serviço? [março 2006]

*Todas operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão receber as contas médicas de acordo com o padrão TISS. Portanto, os prestadores de serviço de saúde contratados/vinculados por operadoras de planos de saúde serão um dos principais favorecidos na adoção do padrão, visto que este reduzirá os custos administrativos relacionados aos processos de faturamento dos eventos de saúde realizados nos beneficiários de planos.*

4. Por que a ANS instituiu a versão 2.0 para o padrão TISS? [agosto 2006]

*A versão 2.0 do padrão TISS instituído pela Instrução Normativa nº 21 de 11 de agosto de 2006 foi uma demanda do mercado representado pelo Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar. As alterações realizadas visam a melhoria do padrão anteriormente instituído e não altera a finalidade e estrutura do padrão anteriormente definido.*

5. Todas as entidades serão obrigadas a seguir a nova versão do padrão TISS ou a versão a ser adotada fica a cargo de cada entidade? [agosto 2006]

*Todas as entidades devem seguir a versão 2.0 do padrão TISS. A nova versão é uma substituição do padrão anteriormente publicado trazendo melhorias e acertos em relação ao padrão anteriormente apresentado.*

#### **IV - O APLICATIVO**

1. Qual a função do aplicativo desenvolvido pela ANS denominado alpicaTISS? [agosto 2006]

*O aplicativo desenvolvido pela ANS, denominado APLICATISS tem o objetivo de ser uma implementação de referência, e não um produto de prateleira. Não será de uso obrigatório nem para as operadoras nem para os prestadores. Ele será apenas um instrumento informatizado para viabilizar a troca de informação eletrônica pelo padrão TISS.*

2. É possível a utilização de um arquivo texto contendo o mesmo layout das guias para a transmissão de dados (mensagens eletrônicas) entre as operadoras e os prestadores de serviço? [março 2006]

*O padrão XML foi adotado como a linguagem para troca de mensagens eletrônicas, visto sua flexibilidade e amplo reconhecimento na área de saúde. O padrão XML está definido em <http://www.w3.org/XML/> (W3C-World Wide Web Consortium).*

3. Qual a função do aplicativo desenvolvido pela ANS denominado TISSnet? [agosto 2006]

*O TISSnet desenvolvido pela ANS tem o objetivo de ser uma implementação de referência, e não um produto de prateleira. Não será de uso obrigatório nem para as operadoras nem para os prestadores. Ele será apenas um instrumento informatizado para viabilizar a troca de informação eletrônica pelo padrão TISS.*

4. Quando será iniciada a distribuição dos aplicativos? [agosto 2006]

*Os aplicativos já estão concluídos e devidamente testados. A distribuição está prevista para iniciar assim que o processo de registro de licença no INPI seja concluído.*

## DOWNLOAD

A Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibilizará ferramentas tecnológicas, para uso opcional, no sentido de fomentar a implantação do novo padrão de troca de informações em saúde suplementar.

Os interessados em receber alguma destas ferramentas devem preencher o formulário de acordo com o seu perfil institucional. Todos os dados informados serão validados pela ANS e são requisitos para a distribuição dos aplicativos.

## APLICATISS

O aplicaTISS é uma ferramenta que tem por objetivo apoiar tecnologicamente a troca de informações em saúde suplementar baseada no padrão estabelecido na Resolução Normativa nº 114, de 26 de outubro de 2005 e sua respectiva Instrução Normativa.

Desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), possui funcionalidades básicas para a realização da troca de informações em saúde suplementar, o aplicativo apresenta outras funcionalidades para administração do negócio de saúde suplementar:

- Cadastro de Beneficiários / Pacientes
- Contratos Prestador / Operadora
- Contratos Coletivo / Individual
- Cadastro de Eventos Assistenciais
- Controle de Rede de Prestadores
- Controle de autorizações
- Controle de reembolso
- Ficha financeira
- Valoração de guias
- Relatórios e indicadores

O aplicaTISS, desenvolvido em linguagem Delphi com banco de dados Interbase para a plataforma Windows 2000, será disponibilizado na forma de código-fonte livre. Deste modo, as entidades poderão realizar alterações no mesmo a fim de adequar o aplicativo às suas necessidades de negócio. As possíveis alterações no código-fonte deverão ser comunicadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme descrito na licença de uso.

## TISSNET

O TISSnet é uma ferramenta para o gerenciamento da fila de mensagens eletrônicas trocadas entre as operadoras de plano de saúde e os prestadores de serviços.

Desenvolvido pela Gerência de Informática da Agência Nacional de Saúde Suplementar, utiliza canal seguro através de uma porta TCP dedicada ao serviço que pode ser livremente escolhida e configurada para a certificação digital das entidades.

Em consonância com a política do Governo Federal de utilização de software livre, o TISSnet foi desenvolvido em linguagem Java, atendendo desta forma tendências tecnológicas relativas à interoperabilidade e portabilidade entre plataformas.

Recomenda-se pelo menos 512Kb de memória para cada conexão esperada. Espaço em disco suficiente para armazenar as mensagens recebidas e conexão permanente do equipamento com a internet, com banda livre suficiente para acomodar as conexões simultâneas esperadas.

Além disso, a ferramenta pode ser utilizada como uma dll a ser incorporada por outros sistemas de informação já existentes.