



Conceitos e definições da ANS (Agencia Nacional de Saúde)

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;

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 enviado do prestador para a operadora;

Informação de saúde identificada individualmente: qualquer informação sobre o beneficiário, incluindo dados demográficos, coletada ou armazenada 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;



Demais conceitos e definições elaborados pelo Plano de Saúde Santa Casa de Santos

Número da guia: A numeração das guias deve seguir uma seqüência com 12 caracteres numéricos. A seqüência e controle serão conforme determinação da operadora e/ou prestador.

Data de emissão da guia: Data em que a guia é entregue ao usuário para providenciar a autorização e/ou realização do procedimento. Em caso de “guia de consulta” é a data da consulta.

Validade da carteira: Este campo não é obrigatório, se a operadora exigir deverá constar na carteira do usuário. Para o Plano de Saúde será obrigatório quando se tratar de Plano Empresarial.

Número do Cartão Nacional de Saúde: No momento, este campo não é obrigatório e não poderá ser, pois não há obrigatoriedade do cidadão brasileiro possuir este cartão.

Dados do contratado: São todos os dados do contratado. Contratado é o prestador – pessoa física ou jurídica – credenciado pela operadora para realização dos serviços.

Nome do Contratado: É o nome da entidade (prestador) contratado (credenciado) como pessoa física ou jurídica.

Código na Operadora / CNPJ / CPF: Este código é o número de registro do contratado na operadora. No Plano de Saúde, quando se tratar de pessoa física o Código na Operadora será o seu número de Conselho. Quando se tratar de pessoa jurídica o código de identificação foi gerado pelo sistema, estaremos informando.



Código do CNES:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal. É obrigatório para todos os Hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e, ainda, os Estabelecimentos de Saúde ambulatoriais não vinculados ao SUS.

A operadora poderá solicitar obrigatoriedade para Estabelecimentos cadastrados como Pessoa Jurídica – todos possuem CNES.

T.L.: Tipo de logradouro conforme tabela de domínio [\(3.1\)](#).

Nome do profissional executante: É o profissional que executa o serviço, seja ele credenciado ou não. Pode ser pessoa física ou jurídica.

Código do CBO-S - Classificação Brasileira de Ocupações: O código poderá ser encontrado na tabela de domínio [3.25](#) CBO-S (especialidade).

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Para preenchimento deste campo será utilizado o CID 10 conforme consta em legenda.

Código da tabela: Código da tabela utilizada para os procedimentos. Verificar tabela de domínio [\(3.5\)](#).

Código do procedimento: Código do procedimento conforme tabela utilizada. Verificar tabela acordada.



Tipo de consulta:

- Primeira: Refere-se a 1ª consulta de um tratamento. Ex.: Paciente apresentou uma enfermidade qualquer – teremos a 1ª consulta, como início de tratamento e as demais até o final serão consultas de segmento.
- Seguimento: Consulta realizada para continuidade de tratamento.
- Pré-Natal: Consultas realizadas durante a gravidez.

Tipo de saída:

- Retorno: O paciente deverá retornar pelo mesmo diagnóstico.
- Retorno SADT: O Paciente deverá retornar ao consultório com os resultados dos exames solicitados.
- Referência: Encaminhamento para outro profissional, de mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento.
- Internação: Paciente está sendo encaminhado para internação eletiva ou de urgência/emergência.
- Alta: Paciente teve alta do tratamento.

Nº. da guia Principal – guia de SP/SADT. Número da guia que gerou esta guia, que poderá ser: de consulta, de internação ou outra de SP/SADT.

Nº. da guia de solicitação – guia de Resumo de Internação: Número da guia de internação.

Nº. da guia de solicitação/Senha – guia de Honorário Individual: Número da guia de internação ou o nº. da senha fornecida pela operadora. Deverá ser colocado conforme acordo entre operadora e prestador.

Nº. Guia Referenciada – guia de Outras Despesas: Número da guia principal, que poderá ser Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação.



Senha: N^o. de autorização fornecido pela operadora ao prestador de serviço.

Data da autorização: Data em que a operadora liberou a guia

Data de validade da senha: Quando a operadora utiliza o sistema de senha deverá constar na guia a data da validade. Esta data aparece nas guias de SP/SADT e todas relacionadas a internação (Guia de solicitação de internação, Guia de resumo de internação, Guia de outras despesas, Guia de Honorário individual).

Data de Procedimentos e Exames realizados: Data em que o procedimento foi realizado.

Data e assinatura de procedimento em série: Procedimentos realizados em seqüências – fisioterapias, hemodiálises, curativos, etc. A guia deverá ser datada e o usuário deverá assinar a cada procedimento realizado (Guia de SP/SADT campo 63).

Data e assinatura do solicitante: O solicitante poderá ser um contratado/prestador (credenciado) ou não na operadora. EX. Em Policlínicas o contratado é pessoa jurídica e o solicitante é pessoa física.

Data e assinatura do responsável pela Autorização: Responsável pela autorização na operadora ou conforme acordo entre as partes nos caso de autorização por telefone ou fax.

Data e assinatura do beneficiário ou responsável: Usuário ou responsável por ele, em caso de menores de idade.

Data e assinatura do prestador executante: Aquele que executou o serviço.

Data e assinatura do médico (Guia de consulta): É assinatura do médico que realizou a consulta.



Data e assinatura do médico solicitante: O médico que solicita o procedimento, independente de ser contratado pela operadora ou não.

Data e assinatura do contratado (Guia de resumo de Internação): Responsável / Representante do Hospital.

Data e assinatura do(s) auditor (s) da operadora (Guia de resumo de Internação): Guias com pré-análise.

Data e assinatura do Prestador (Guia de honorário individual): É a assinatura do médico contratado.

Nome do profissional solicitante: É o profissional que solicita o procedimento, independente de ser contratado ou não pela operadora.

Data/hora da solicitação: Este campo não é obrigatório, mas refere-se à data e hora da solicitação do procedimento.

Hora inicial e Hora final: Refere-se a cobranças relacionadas em tempo / hora. Como por exemplo:

Tempo de permanência em Pronto Socorro – taxa de observação.

Cobrança de gases medicinais – que normalmente é por hora.

Via = Via de acesso: Conforme verificamos na tabela de domínio (3.17) teremos:

- Via única – para um único procedimento.
- Mesma via – para cobrança de procedimentos cirúrgicos realizados no mesmo ato pela mesma via de acesso.
- Diferentes vias – para cobrança de procedimentos cirúrgicos realizados no mesmo ato por vias diferentes.



% de Red / Acresc. = Percentual de redução ou acréscimo sobre o valor de um procedimento realizado. Conforme consta nas tabelas da Associação Médica Brasileira, dependendo da via de acesso há redução nos valores e dependendo do horário/dia há acréscimo. Radiologia de múltiplas áreas.

Tec = Técnica utilizada: Conforme tabela de domínio [\(3.18\)](#) – (convencional ou videolaparoscopia).

Seq.Ref = Seqüencial referência: Encontra-se na identificação da equipe. É o n° seqüencial que relaciona a equipe executante do procedimento.

Gr.Part. ou Grau Part. = Grau de participação: É o tipo de participação do profissional durante a realização do procedimento, que poderá ser: Cirurgião, 1° Auxiliar do procedimento, Anestesiista, Perfusionista, etc. Verificar na tabela de domínio [\(3.19\)](#).

CD = Código da despesa: Encontrado na Guia de Outras Despesas. Conforme legenda:

- Gases Medicinais.
- Medicamento.
- Material.
- Taxas diversas.
- Diárias.
- Aluguéis.

Troca eletrônica de informações: comunicação entre Operadoras, Prestadores e ANS, através de sistemas de informação compartilhados de forma eletrônica em padrão XML.

Padrão XML: eXtensible Markup Language, é linguagem de marcação de dados (meta-markup language) que provê um formato para descrever dados estruturados.



As definições abaixo se referem ao demonstrativo de análise da conta médica – que é documento exclusivo da operadora.

Número da fatura (contabilização de contas): Número identificador das faturas que compõem o lote (conjunto de itens).

Número do lote: Número do lote (conjunto de faturas) processado.

Data de envio do lote: Data em que o lote foi enviado à operadora

Número do protocolo: Número do protocolo de recebimento do lote.

Valor do protocolo: Valor total do protocolo.

Valor glosa protocolo: Valor total da glosa do protocolo.

Código glosa protocolo: Código de glosa de protocolo – [Tabela de domínio 3.26](#)

Esta definição refere-se ao demonstrativo de pagamento – que é documento exclusivo da operadora.

Data do pagamento: Data para previsão do pagamento fornecida pela operadora.