

Tudo sobre o padrão TISS - como emitir guias e fazer faturamento [ebook grátis]

O atendimento por meio de planos de saúde representa parcela expressiva da receita de grande parte das clínicas e dos consultórios brasileiros. Esse modelo de atendimento, contudo, está submetido a um conjunto de regras técnicas e administrativas que disciplinam a relação entre os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos.

A entidade responsável por estabelecer tais regras é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000^[1].

Entre os instrumentos normativos instituídos pela ANS, destaca-se o padrão TISS, sigla para Troca de Informações na Saúde Suplementar. Trata-se do conjunto de normas que uniformiza a comunicação de dados administrativos, financeiros e assistenciais entre prestadores e operadoras.

O domínio desse padrão é condição indispensável para que a clínica receba corretamente pelos serviços prestados, evite glosas e mantenha conformidade regulatória.

Este artigo reúne, em um único material de referência, tudo o que é necessário compreender sobre o padrão TISS: sua definição e finalidades, seus componentes, a diferença em relação à TUS, a versão vigente, os tipos de guias, o passo a passo para preenchê-las e emití-las, um checklist de conferência, o funcionamento do arquivo XML e dos lotes, os demonstrativos de retorno, a validação, as glosas e como recuperá-las, as obrigações legais e o modo como um software médico, como o HiDoctor, conduz todo esse processo.

Aproveite e baixe o ebook gratuito que preparamos com orientações práticas para reduzir e recuperar glosas no Padrão TISS.

- [O que é o padrão TISS](#)
- [Para que serve o padrão TISS](#)
- [Os cinco componentes do padrão TISS](#)
- [Diferença entre TISS e TUS](#)
- [Versão vigente e atualizações do padrão TISS](#)
- [Tipos de guias TISS](#)
- [Informações necessárias para preencher uma guia TISS](#)
- [Como emitir e preencher a guia TISS: passo a passo](#)
- [Checklist de validação da guia TISS antes do envio](#)
- [O faturamento TISS e o arquivo XML](#)
- [Validação do XML e erros mais comuns](#)

- Glosas: o que são e como evitá-las + ebook recuperação de glosas
- Guarda e arquivamento dos arquivos XML
- Obrigatoriedade legal e penalidades
- Benefícios da digitalização das guias
- Como o HiDoctor realiza o faturamento TISS
- Perguntas frequentes sobre o padrão TISS



O que é o padrão TISS

O padrão TISS é um conjunto de regras, diretrizes e especificações técnicas que define a forma pela qual as informações são trocadas entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, categoria que abrange médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e demais profissionais de saúde. Essa padronização alcança desde a terminologia empregada na descrição dos procedimentos até os formatos de arquivo e os prazos de envio e resposta dos documentos.

O padrão foi instituído pela ANS em 2005 e tornou-se de uso obrigatório em 2012. Sua finalidade central é assegurar a interoperabilidade entre os diferentes sistemas de informação em saúde, reduzindo a assimetria de informações e promovendo maior eficiência, segurança e agilidade nos processos administrativos da saúde suplementar.

No âmbito desse padrão, a [guia TISS](#) é o documento fundamental. Nela são registradas todas as informações necessárias à autorização, à cobrança e ao pagamento dos serviços prestados, sempre em conformidade com as normas estabelecidas pela Agência.

Para que serve o padrão TISS

A adoção do padrão TISS atende a três finalidades expressamente previstas na regulamentação da ANS.

A primeira consiste em padronizar as ações administrativas relacionadas à saúde suplementar, tais como a verificação de elegibilidade do beneficiário, a solicitação e a autorização de procedimentos, a cobrança, a emissão de demonstrativos de pagamento e o processamento de recursos de glosa.

A segunda finalidade é subsidiar as ações de avaliação e de acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras pela própria Agência.

A terceira é compor o Registro Eletrônico de Saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Em síntese, o padrão cumpre as seguintes funções no cotidiano das clínicas e operadoras:

- Uniformizar a linguagem e os formatos utilizados na comunicação entre prestadores e operadoras, eliminando divergências de interpretação.
- Garantir a rastreabilidade das informações, permitindo acompanhar cada procedimento desde a execução até o efetivo pagamento.
- Conferir segurança à troca de dados, exigindo o envio estruturado e validado das informações.
- Fornecer base de dados padronizada para auditorias, análises gerenciais e formulação de políticas de saúde.

Os cinco componentes do padrão TISS

O padrão TISS organiza-se em cinco componentes, cada um responsável por uma dimensão específica da troca de informações. A compreensão de cada componente é relevante porque eles determinam, em conjunto, a forma final dos documentos e dos arquivos transmitidos.

Componente organizacional

Define as obrigações, as responsabilidades e os papéis de cada agente envolvido, ou seja, prestadores, operadoras e a ANS. Estabelece as regras operacionais que regem a relação entre as partes.

Componente de conteúdo e estrutura

Especifica quais informações devem constar nas guias e em que disposição, abrangendo os dados do beneficiário, dos profissionais e dos procedimentos realizados. É o componente que determina a arquitetura dos documentos.

Componente de representação de conceitos em saúde

Padroniza os termos utilizados, incorporando a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). É por meio dele que cada procedimento, material ou medicamento recebe um código e uma nomenclatura uniformes.

Componente de segurança e privacidade

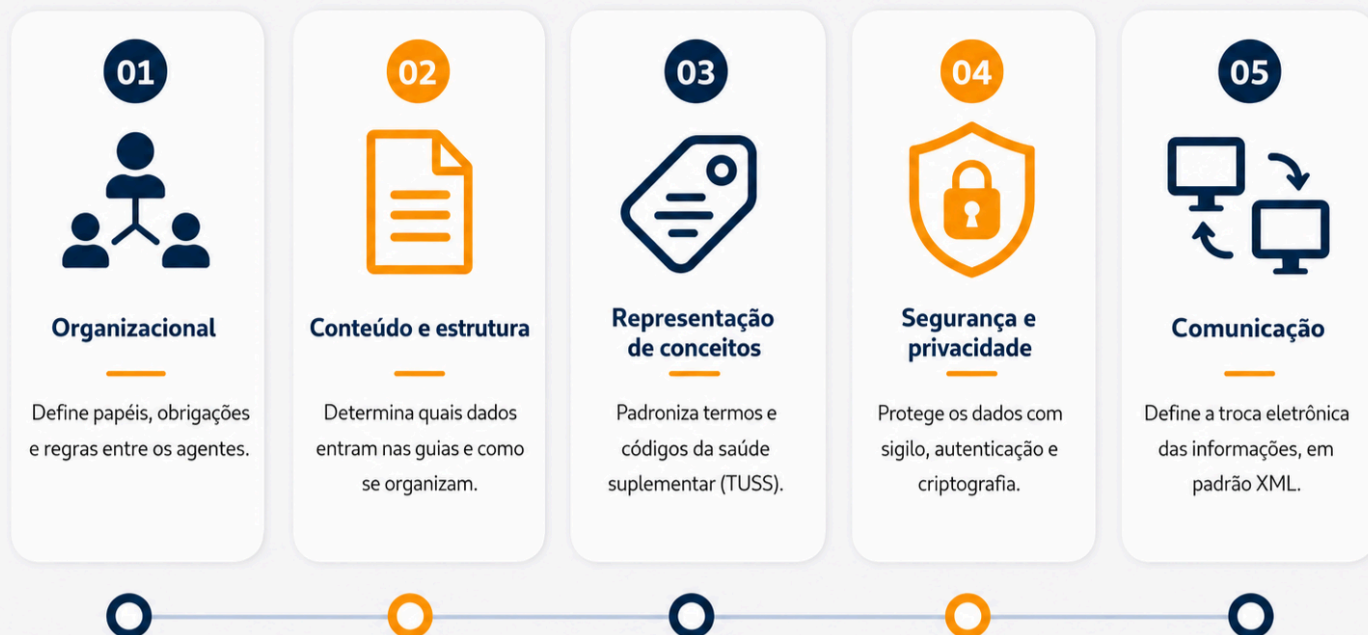
Estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde, com base no sigilo profissional e na legislação aplicável, incluindo a adoção de medidas como criptografia e autenticação.

Componente de comunicação

Define os meios e métodos de transmissão das mensagens eletrônicas, adotando a linguagem de marcação XML (*Extensible Markup Language*) como formato padrão.

Os 5 componentes do padrão TISS

Como cada dimensão organiza a troca de informações entre prestadores e operadoras



Diferença entre TISS e TUSS

Embora as siglas sejam semelhantes e estejam intimamente relacionadas, TISS e TUSS designam conceitos distintos. A distinção é frequentemente fonte de dúvida e merece esclarecimento preciso.

A TISS, como exposto, é o padrão de comunicação. Ela define o formato, a estrutura e as regras para a transmissão das informações entre prestadores e operadoras. A **TUSS**, sigla de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, é um padrão de terminologia. Ela padroniza os códigos e as nomenclaturas dos procedimentos, eventos e itens assistenciais utilizados na saúde suplementar, funcionando como referência única para a identificação de consultas, exames, cirurgias, materiais e medicamentos.

A relação entre as duas é de complementaridade e de pertencimento: a TUSS integra a TISS como parte do componente de representação de conceitos em saúde. Em termos práticos, a TISS determina como a informação será transmitida, ao passo que a TUSS define o conteúdo padronizado

dessa informação. O quadro a seguir sintetiza as diferenças.

Característica	TISS	TUSS
Natureza	Padrão de comunicação	Padrão de terminologia
Objetivo	Padronizar a troca de informações entre os agentes da saúde suplementar	Padronizar os códigos e as nomenclaturas de procedimentos, eventos e itens assistenciais
Formato	Estrutura de dados (arquivos XML)	Vocabulário de códigos e descrições
Relação	Padrão que abrange a TUSS	Componente integrante da TISS

Versão vigente e atualizações do padrão TISS

O padrão TISS não é estático: a ANS o revisa periodicamente para incorporar novos procedimentos, materiais, medicamentos e ajustes técnicos. Entender como essas atualizações funcionam evita um dos erros mais comuns do faturamento — usar uma versão de layout que a operadora já não aceita.

O que costuma mudar a cada atualização

As revisões mais frequentes acontecem no componente de representação de conceitos em saúde, isto é, na TUSS: novos códigos e nomenclaturas de materiais, órteses, próteses, materiais especiais (OPME) e medicamentos são incluídos regularmente. Com menor frequência, a ANS também revisa os demais componentes do padrão (organizacional, de conteúdo e estrutura, de segurança e privacidade, de comunicação), quando há necessidade de ajuste regulatório ou tecnológico.

Como as versões são identificadas

Cada atualização é nomeada pelo mês e ano de publicação — por exemplo, "Padrão TISS – Maio/2026". Isso significa que não existe uma numeração única e sequencial simples: o que existe é uma sucessão de versões mensais ou periódicas, cada uma valendo a partir de uma data de início de vigência e com um prazo limite para que prestadores e operadoras a adotem obrigatoriamente.

O marco regulatório

A norma que hoje disciplina o padrão como um todo é a Resolução Normativa nº 501, de 30 de março de 2022^[2], que revogou e consolidou as resoluções anteriores sobre o tema (entre elas a RN nº 305/2012^[3], que havia tornado o TISS obrigatório). É essa resolução que estabelece as regras gerais

de adoção, atualização e fiscalização do padrão; as atualizações mensais de tabelas e termos, por sua vez, são publicadas por atos infralegais da ANS (ofícios-circulares e instruções normativas), sem que isso altere o marco regulatório de base.

A versão vigente

A versão em vigor atualmente (junho de 2026) é a Padrão TISS – Maio/2026, publicada pela ANS em 28 de maio de 2026. Essa atualização trouxe aprimoramentos nas terminologias de Materiais e OPME (Tabela 19), de Medicamentos (Tabela 20) e na forma de envio de procedimentos e itens assistenciais à ANS (Tabela 64), além de ajustes no componente Organizacional do padrão.

Onde confirmar e por que isso importa

Como o ritmo de atualização é alto — historicamente, novas versões saem em intervalos de poucos meses —, a forma mais segura de saber qual é a versão corrente é consultar diretamente o [portal da ANS](#), na área dedicada ao Padrão TISS, em vez de confiar em uma data fixa. Isso é relevante na prática porque o uso da versão vigente é obrigatório para todos os agentes que trocam informações no padrão, e o emprego de uma versão de layout já superada é uma das causas mais frequentes de rejeição de guias pelas operadoras — antes mesmo de qualquer análise de mérito ou de valores.

Tipos de guias TISS

O padrão TISS contempla diversos tipos de guias, cada qual destinada a registrar uma natureza específica de atendimento ou de informação. Confira as principais:

- **Guia de consulta**

É utilizada para o registro de consultas eletivas realizadas em consultório por um único profissional. Reúne informações como o tipo de consulta, o conselho profissional do executante e os dados do atendimento.

- **Guia SP/SADT**

Sigla para Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia. Destina-se a registrar e solicitar a autorização de exames, terapias, pequenos procedimentos e atendimentos não vinculados a internação. É uma das guias mais detalhadas, pois discrimina procedimentos, despesas associadas e respectivos códigos.

- **Guia de solicitação de internação**

É empregada para requerer a autorização de internações, em caráter eletivo ou de urgência, contendo o motivo, o tipo de acomodação, o indicador de acidente e os procedimentos previstos.

Informações necessárias para preencher uma guia TISS

O preenchimento correto de uma guia TISS pressupõe a reunião prévia de um conjunto de informações, que podem ser organizadas em blocos. A ausência ou a inconsistência de qualquer um desses dados é causa potencial de rejeição ou de glosa.

No bloco de **identificação do beneficiário**, são exigidos o nome completo, o número da carteira do plano, a data de nascimento e o CPF.

No bloco de **identificação do prestador e do profissional executante**, constam o nome, o registro no conselho de classe, a especialidade e o código de identificação junto à operadora.

No bloco de **dados do atendimento**, registram-se a data, o local, o tipo de atendimento e o tipo de acomodação, quando aplicável.

No bloco de **procedimentos**, descrevem-se os serviços realizados por meio dos códigos da TUSS, com a respectiva quantidade e valores.

No bloco de **diagnóstico**, utiliza-se a [Classificação Internacional de Doenças \(CID-10\)](#).

Por fim, registram-se os **materiais e medicamentos** utilizados e, quando exigido, o **número de autorização** prévia concedido pela operadora.

Como emitir e preencher a guia TISS: passo a passo

A emissão de uma guia TISS segue uma sequência lógica de etapas que, quando observada com rigor, reduz substancialmente a ocorrência de erros. O processo descrito a seguir corresponde ao fluxo padrão, do atendimento ao envio à operadora.

- 1. Verificação de elegibilidade e identificação do beneficiário.** Antes de qualquer registro, confirma-se a validade do plano e a cobertura do procedimento, preenchendo em seguida os dados cadastrais do paciente de forma completa e correta.
- 2. Registro dos dados do prestador.** Informam-se os dados do profissional e da instituição responsáveis pelo atendimento, incluindo o registro profissional e o código junto à operadora.
- 3. Descrição dos procedimentos.** Descrevem-se os procedimentos realizados utilizando a terminologia e os códigos da TUSS, com indicação da quantidade, da data e do valor de cada item.
- 4. Preenchimento das informações complementares.** Registram-se o diagnóstico em CID-10, as justificativas clínicas para procedimentos que as exijam e demais observações pertinentes.

5. **Conferência e validação.** Revisam-se todos os campos preenchidos, verificando a consistência entre valores, quantidades e datas, e validando o documento em relação às regras do padrão antes do envio.
6. **Envio à operadora.** Encaminha-se a guia, ou o lote de guias, à operadora, no formato e nos prazos estabelecidos, ordinariamente por meio eletrônico.



Checklist de validação da guia TISS antes do envio

A etapa de conferência é o ponto em que a maior parte dos erros pode ser interceptada antes que a guia chegue à operadora. Adotar uma rotina padronizada de verificação ao final de cada faturamento reduz de forma expressiva a ocorrência de glosas técnicas, que são aquelas decorrentes de falhas formais de preenchimento.

A checklist a seguir reúne os pontos essenciais a conferir, organizados pelos blocos de informação da guia e pelas verificações técnicas do arquivo.

1. Identificação do beneficiário

- Nome completo do beneficiário conforme o cadastro da operadora.
- Número da carteira do plano válido e dentro da vigência.
- Data de nascimento e CPF corretos e consistentes com o cadastro.
- Elegibilidade e cobertura do procedimento verificadas previamente.

2. Prestador e profissional executante

- Dados do prestador e código de identificação junto à operadora corretos.
- Nome, registro no conselho de classe e especialidade do profissional executante preenchidos.
- Grau de participação correto nas guias SP/SADT.

3. Atendimento e procedimentos

- Data, local e tipo de atendimento corretos; tipo de acomodação informado quando aplicável.
- Procedimentos descritos com os códigos da TUSS vigentes, sem códigos desatualizados.
- Quantidade, data e valor de cada procedimento conferidos e consistentes entre si.
- Diagnóstico registrado em CID-10 quando exigido.
- Materiais e medicamentos discriminados com os respectivos códigos.
- Justificativas clínicas incluídas para os procedimentos que as exigem.

4. Autorizações e prazos

- Número de autorização prévia da operadora informado, quando exigido.
- Senha de autorização dentro do prazo de validade.
- Envio do lote dentro do prazo estabelecido pela operadora e pela ANS.

5. Validação técnica do arquivo XML

- Arquivo gerado na versão vigente do padrão TISS aceita pela operadora.
- Todos os campos obrigatórios preenchidos, sem lacunas.
- Valores, datas e quantidades sem inconsistências.
- Arquivo validado contra o esquema técnico (XSD) da ANS, sem erros de estrutura.
- Lote conferido e arquivo arquivado para guarda pelo prazo mínimo de cinco anos.

O faturamento TISS e o arquivo XML

O **faturamento TISS** é o processo de envio eletrônico das guias padronizadas às operadoras de planos de saúde, com o objetivo de obter o pagamento pelos serviços prestados. Esse envio é obrigatório para qualquer prestador que atue com convênios e constitui a base do repasse financeiro dos atendimentos realizados.

O formato técnico exigido para esse envio é o arquivo XML. Trata-se de um tipo de arquivo estruturado, composto por marcações específicas que organizam todas as informações da guia, tais como os dados do paciente, os códigos dos procedimentos, os valores, as datas e a identificação da operadora. Cada campo precisa estar corretamente preenchido e em conformidade com o esquema definido pela ANS para que o arquivo seja aceito.

As guias são reunidas em lotes para transmissão. O lote é o conjunto de guias agrupadas e enviadas como um único bloco de processamento, identificado por um número próprio. A cada lote transmitido, a operadora devolve um protocolo de recebimento, que comprova a entrega e serve de referência para o acompanhamento. Organizar o faturamento por lotes, em vez de guia a guia, dá escala ao processo e facilita o controle do que foi enviado, do que foi pago e do que foi glosado.

O ciclo do faturamento não se encerra no envio. Após o processamento, a operadora disponibiliza dois retornos no próprio padrão TISS: o demonstrativo de análise de conta, que detalha o que foi aceito e o que foi glosado, com os respectivos motivos, e o demonstrativo de pagamento, que informa os valores efetivamente liberados e a data de crédito. O acompanhamento sistemático desses demonstrativos é o que permite identificar glosas a tempo de contestá-las e medir indicadores como prazo médio de pagamento e percentual de glosa.

Validação do XML e erros mais comuns

A validação do arquivo XML consiste em verificar se ele atende a todos os critérios técnicos definidos pela ANS antes de sua transmissão oficial. O arquivo é confrontado com o esquema técnico de referência da Agência, que estabelece a estrutura esperada, os campos obrigatórios e as relações hierárquicas entre os elementos do documento. Um arquivo válido é aquele que está em conformidade com o layout especificado, possui todos os campos obrigatórios preenchidos e apresenta valores consistentes.

Os erros mais frequentes na geração do arquivo XML incluem a ausência de campos obrigatórios, como a identificação do paciente ou do prestador; a presença de dados inconsistentes, a exemplo de datas ou valores incompatíveis com o atendimento; a utilização de códigos desatualizados; e o emprego de uma versão de layout já não aceita pelas operadoras.

A forma mais eficaz de prevenir essas inconsistências consiste em utilizar um [sistema de gestão](#) com validação integrada, capaz de identificar e sinalizar os problemas antes do envio, permitindo a correção imediata.

Glosas: o que são e como evitá-las

Glosa é a recusa, total ou parcial, do pagamento de um procedimento por parte da operadora. As glosas podem ser de natureza administrativa ou técnica, quando decorrem de erros de preenchimento, ausência de informações ou inconsistências formais, ou de natureza clínica ou assistencial, quando a operadora questiona o mérito, a indicação ou a cobertura contratual do procedimento realizado.

As glosas administrativas representam a maior parte dos casos em clínicas e consultórios e são as mais evitáveis, pois resultam de falhas de processo que a conferência prévia é capaz de interceptar.

Convém ainda distinguir a glosa da rejeição. A rejeição ocorre antes da análise da conta: o arquivo ou o lote é recusado de imediato por não estar em conformidade técnica com o padrão, por exemplo por erro de estrutura no XML ou uso de versão de layout vencida, e sequer chega a ser processado.

A glosa, por sua vez, ocorre após o processamento, quando a operadora analisa a conta e recusa o pagamento de um ou mais itens. Compreender essa diferença ajuda a direcionar a correção: a rejeição exige ajuste técnico e reenvio; a glosa exige análise do motivo e, se indevida, recurso.

As consequências das glosas são significativas para a sustentabilidade financeira do prestador. Entre elas, destacam-se o atraso no recebimento e o comprometimento do fluxo de caixa, a necessidade de refaturamento, que demanda tempo e recursos adicionais, e, em determinadas situações, a perda definitiva da receita correspondente ao serviço prestado. Há, ainda, o impacto sobre a relação com a operadora, na medida em que a recorrência de erros desgasta o vínculo e a credibilidade do prestador.

A relação entre o preenchimento correto das guias, a validação prévia dos arquivos e a redução das glosas é direta. Quando o procedimento é descrito com os códigos corretos, os campos obrigatórios são integralmente preenchidos e o arquivo é validado antes do envio, a probabilidade de recusa diminui de forma expressiva. Nas hipóteses em que a glosa ocorre indevidamente, o prestador dispõe da guia de recurso de glosa para contestá-la junto à operadora, dentro do prazo previsto em contrato.

Por se tratar do ponto de maior impacto financeiro do faturamento, o tema da prevenção e da recuperação de glosas é aprofundado neste ebook gratuito que preparamos, que reúne as causas mais frequentes, o passo a passo do recurso e modelos de texto prontos para contestação. Clique e baixe

gratuitamente:



Guarda e arquivamento dos arquivos XML

A guarda dos arquivos XML transmitidos é uma obrigação frequentemente negligenciada, porém de relevância considerável. Os prestadores devem manter os arquivos enviados arquivados pelo prazo determinado, observado o período mínimo de cinco anos, de modo a poder comprovar, em eventuais auditorias, disputas com operadoras ou questionamentos legais, as informações efetivamente transmitidas.

Na prática, isso exige que a clínica mantenha um processo organizado de arquivamento digital, preferencialmente com rotinas de backup e medidas de segurança da informação que assegurem a integridade e a confidencialidade dos dados ao longo de todo o período de guarda.

Obrigatoriedade legal e penalidades

O uso do padrão TISS é obrigatório para todas as operadoras e seus prestadores credenciados. A obrigatoriedade foi estabelecida pela Resolução Normativa nº 305/2012 e o conjunto de regras encontra-se atualmente consolidado na Resolução Normativa nº 501/2022 da ANS. A norma determina que a troca de dados seja realizada eletronicamente, na versão vigente do padrão, e veda às operadoras tanto a alteração do padrão quanto a exigência de envio em papel do conteúdo trocado por meio eletrônico pelos demais agentes.

Há ainda um segundo marco regulatório que o prestador precisa conhecer: a Resolução Normativa nº 503/2022^[4], que disciplina os contratos escritos entre operadoras e prestadores. É nesse contrato que devem constar, de forma expressa, os prazos de faturamento e pagamento, as

hipóteses de glosa e os prazos para contestação. A norma garante ao prestador o direito de acesso às justificativas das glosas e de contestá-las, estabelecendo que o prazo de contestação seja igual ao prazo de resposta da operadora. Conhecer o contrato firmado com cada operadora é, portanto, parte da gestão do faturamento.

A regulamentação prevê ainda penalidades para o descumprimento das normas do padrão. A inobservância das regras sujeita os agentes infratores a sanções administrativas, que podem incluir advertência e multas. A observância da legislação, portanto, não constitui apenas uma boa prática de gestão, mas uma obrigação cujo descumprimento acarreta consequências regulatórias e financeiras.

Benefícios da digitalização das guias

A digitalização e o envio eletrônico das guias TISS produzem benefícios consistentes para prestadores e operadoras. Entre os principais, destacam-se:

- **Agilidade nos processos de autorização e pagamento**, uma vez que as informações são recebidas e processadas com maior rapidez pelas operadoras.
- **Redução de erros e inconsistências**, em razão da inserção direta dos dados em sistemas informatizados dotados de verificação automática.
- **Cumprimento dos prazos** estabelecidos pela ANS, evitando penalidades e assegurando o recebimento dos valores devidos.
- **Economia de recursos e menor impacto ambiental**, pela eliminação da impressão e do envio físico de documentos.
- **Segurança e rastreabilidade**, com armazenamento organizado e recuperação ágil das informações.
- **Geração de informação gerencial**, a partir dos dados estruturados, que apoia a tomada de decisão e o acompanhamento financeiro.

Como o HiDoctor realiza o faturamento TISS

O HiDoctor oferece um conjunto de funcionalidades dedicadas ao faturamento de convênios no padrão TISS, concebidas para reduzir o esforço operacional e a incidência de erros ao longo de todo o processo.

A primeira funcionalidade é o **preenchimento automatizado das guias**. O sistema preenche automaticamente grande parte das informações exigidas a partir dos dados já cadastrados, como os do beneficiário, do prestador e dos procedimentos realizados, o que reduz a chance de inconsistências e poupa tempo da equipe administrativa.

A segunda é a **verificação de consistência e validação**, baseada nas normas e tabelas padronizadas pela ANS, que identifica e sinaliza eventuais erros ou informações faltantes antes do envio da guia, permitindo a correção imediata e evitando retrabalho.

A terceira é a **exportação das guias com emissão de lotes no padrão ANS**, prontos para serem transmitidos às operadoras, incluindo a geração das guias SP/SADT. O acesso ao faturamento TISS está disponível pelo HiDoctor NET e pelo HiDoctor Cloud.

Confira o tutorial do Faturamento TISS no HiDoctor e comece a utilizar em sua clínica:

[TUTORIAL TISS](#)

Perguntas frequentes sobre o padrão TISS

O que é o padrão TISS?

É o conjunto de normas estabelecido pela ANS que padroniza a troca eletrônica de informações administrativas, financeiras e assistenciais entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde.

Qual a diferença entre TISS e T USS?

TISS é o padrão de comunicação, que define o formato e as regras de transmissão das informações. T USS é o padrão de terminologia, que padroniza os códigos e as nomenclaturas dos procedimentos. A T USS integra a TISS.

Quem é obrigado a utilizar o padrão TISS?

Todos os prestadores de serviços de saúde que atendem por convênios, incluindo médicos, clínicas, hospitais e laboratórios, além das operadoras de planos de saúde.

O que é o arquivo XML no faturamento TISS?

É o arquivo estruturado, no formato exigido pela ANS, que organiza todas as informações das guias para o envio eletrônico às operadoras.

O que é um lote no faturamento TISS?

É o conjunto de guias agrupadas e enviadas à operadora como um único bloco de processamento, identificado por um número próprio. A cada lote, a operadora devolve um protocolo que comprova o recebimento e serve de referência para o acompanhamento.

Por quanto tempo é preciso guardar os arquivos XML?

Os arquivos transmitidos devem ser mantidos arquivados pelo prazo mínimo de cinco anos, para fins de comprovação em auditorias e questionamentos.

O que causa glosa em uma guia TISS?

As causas mais comuns são o preenchimento incompleto ou incorreto, o uso de códigos desatualizados, inconsistências de valores e datas e a utilização de versão de layout vencida.

Qual a diferença entre glosa e rejeição?

A rejeição acontece antes do processamento: o lote é recusado por falha técnica de conformidade com o padrão e nem chega a ser analisado. A glosa acontece depois do processamento: a operadora analisa a conta e recusa o pagamento de um ou mais itens. A rejeição se resolve com ajuste técnico e reenvio; a glosa, com análise do motivo e, se indevida, recurso.

Qual o prazo para recorrer de uma glosa?

Não há um prazo único nacional: ele é definido no contrato entre o prestador e a operadora, e a RN 503/2022 determina que seja igual ao prazo de resposta da operadora. Por isso, é essencial conhecer o prazo previsto em cada contrato para não perder a janela de contestação.

Como saber qual é a versão vigente do padrão TISS?

A versão em vigor é publicada no portal oficial da ANS, que deve ser consultado periodicamente, dado o ritmo frequente de atualizações.

É possível fazer o faturamento TISS sem um software médico?

Em tese, sim, mas na rotina de clínicas e consultórios isso tende a ser pouco eficiente e sujeito a erros. O padrão TISS envolve arquivos XML, versões de componentes, tabelas TUSS, campos obrigatórios, regras contratuais e exigências específicas de cada operadora. Por isso, o uso de um software médico que gere, organize e valide os arquivos conforme o padrão da ANS é a alternativa mais segura e recomendada.

...

O padrão TISS é o instrumento que estrutura a relação entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos no âmbito da saúde suplementar. Seu correto entendimento e sua aplicação rigorosa são determinantes para a sustentabilidade financeira das clínicas e dos consultórios, na medida em que asseguram o recebimento adequado pelos serviços prestados, reduzem glosas e garantem conformidade regulatória.

Diante da complexidade das regras e da frequência com que o padrão é atualizado, o apoio de um software médico adequado deixa de ser um diferencial e passa a constituir uma necessidade operacional. O HiDoctor automatiza o preenchimento das guias, valida as informações conforme as normas da ANS e gera os lotes no padrão exigido, conferindo maior segurança e eficiência a todo o processo de faturamento.

Conte com o HiDoctor para tornar o faturamento de convênios no padrão TISS mais ágil, seguro e preciso.

O **HiDoctor** é o único sistema multiplataforma para consultórios e o software mais utilizado por médicos e clínicas no Brasil. A Centralx conta com mais de 30 anos de experiência no desenvolvimento de tecnologias para a área médica.

Conheça o HiDoctor®:
software médico completo
para todas as plataformas

Quero conhecer

0800 979 0400



Centralx®

[1] LEI nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

[2] RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS nº 501, de 30 de março de 2022.

[3] RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS nº 305, de 09 de outubro de 2012.

[4] RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS nº 503, de 30 de março de 2022.

Artigo original disponível em:

"Tudo sobre o padrão TISS - como emitir guias e fazer faturamento [ebook grátis]" - **HiDoctor News**

Centralx®