



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Principais dúvidas do TISS

FATURAMENTO ELETRÔNICO

Pergunta: A Assefaz utilizará o TISSNET para envio e recebimentos dos arquivos TISS xml?

Resposta: Não. A Assefaz não utilizará o programa TISSNET para envio/recebimento das faturas eletrônicas.

Pergunta: Além do Upload do arquivo XML existe outra forma de envio destes arquivos?

Resposta: Sim. Você poderá enviar o arquivo XML para o e-mail xml@assefaz.org.br. Entretanto enviando o envio dos arquivos XML não será possível gerar o protocolo de entrega através do email.

Pergunta: Qual será o código de credenciamento a ser enviado na guia Tiss, CNPJ do prestador ou o código próprio do convênio?

Resposta: O XML do faturamento enviado deverá utilizar no N^o **codigoPrestadorNaOperadora** o CNPJ do prestador para sua identificação.

Pergunta: Qual é o Número de Registro do Convênio junto à ANS?

Resposta: 346926

Pergunta: Quando do envio do arquivo eletrônico será necessário encaminhar também as guias?

Resposta: Sim. A guia deverá ser entregue para o faturamento Assefaz com os campos obrigatórios preenchidos, além da data e assinatura do próprio beneficiário.

Pergunta: Qual é a versão do projeto XML com a qual a Assefaz está trabalhando?

Resposta: A Versão é a 2.01.03 conforme Instrução Normativa nº 29 de 20 de fevereiro de 2008. Maiores informações acesse o site www.ans.gov.br



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

IMPRESSÃO DAS GUIAS PELO SITE ASSEFAZ

Qual o endereço do site da Assefaz para impressão das guias do TISS?
O endereço é www.assefaz.org.br/site/tiss/hot_site_TISS/index.php

Minha Clínica não possui computador para impressão dos formulários TISS pela Internet. Neste caso posso solicitar na Assefaz o bloco de Guias TISS?

Sim. Entretanto a distribuição das Guias TISS dependerá da disponibilidade destes blocos na gerência Assefaz de sua região.

Solicito o envio da logo da Assefaz para que as Guias do TISS sejam impressas no nosso sistema próprio.

Envie a sua solicitação para o e-mail tiss@assefaz.org.br

A Assefaz irá liberar uma faixa de numeração a serem utilizadas nas guias TISS para inclusão de nosso sistema? Caso positivo qual o procedimento para solicitar esta faixa de numeração.

Envie a sua solicitação para o e-mail tiss@assefaz.org.br. No e-mail informe o seu CNPJ e a quantidade de números para impressão de Guias TISS.

O prestador não consegue visualizar corretamente a Guia que a Assefaz enviou pelo email.

A guia enviada pelo email em anexo deverá ser aberta utilizando preferencialmente o Navegador Internet Explorer e não o programa NOTEPAD, Word, WordPad etc. Para tanto será necessário salvar o anexo no computador e abrir o arquivo utilizando o programa Internet Explorer.

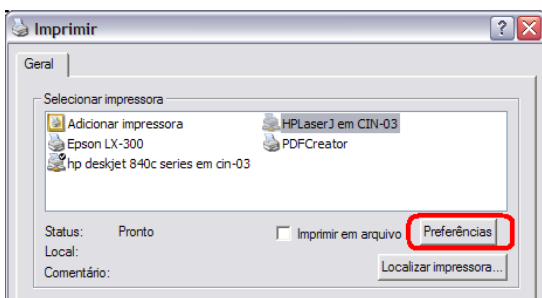


ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

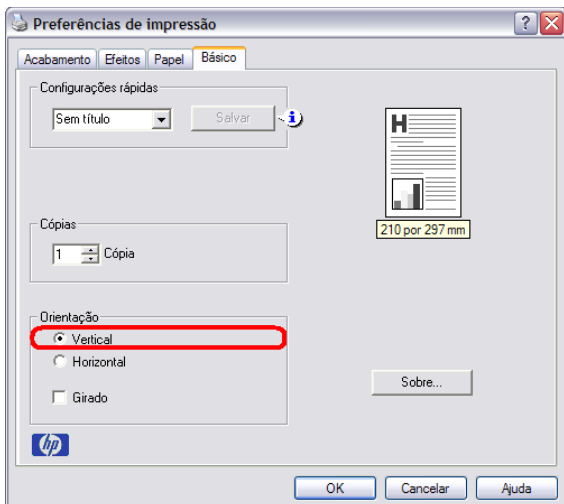
Quando imprimo "Guias de Consulta" e "Guia Solicitação de Internação" no site da Assefaz (http://www.assefaz.org.br/site/tiss/hot_site_TISS) na aba "Emissão de Guias" a letra no formulário é impressa muito pequena. Como posso aumentar a letra nestas guias?



Clique no botão **Imprimir**.



Clique no botão **Preferências**



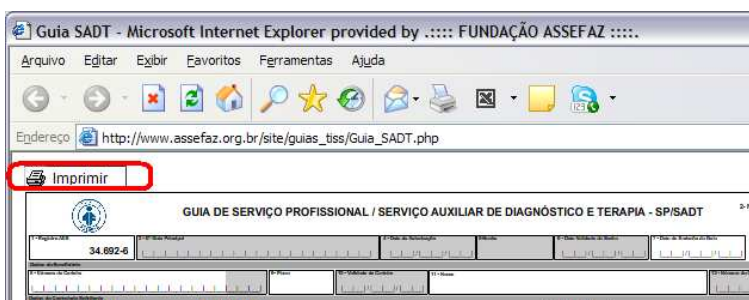
Selecione a orientação do papel na **Vertical** ou **Retrato**.

Finalmente clique no botão **OK** para efetuar a impressão das guias.

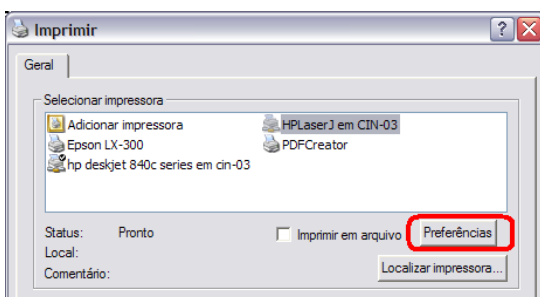


ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

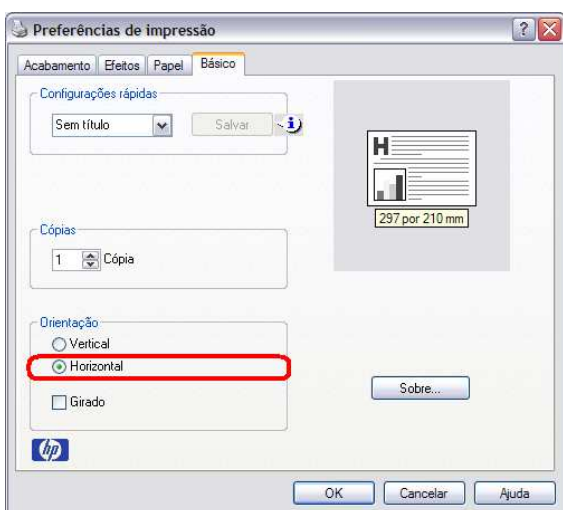
Quando imprimo "Guias de SP/SADT", "Guia de Resumo de Internação", "Guia de Honorário Individual", "Guia de Outras Despesas", "Guia de Tratamento Odontológico - Solicitação", "Guia de Tratamento Odontológico - Cobrança", a letra no formulário é impressa muito pequena. Como posso aumentar a letra nestas guias?



Clique no botão **Imprimir**.



Clique no botão **Preferências**



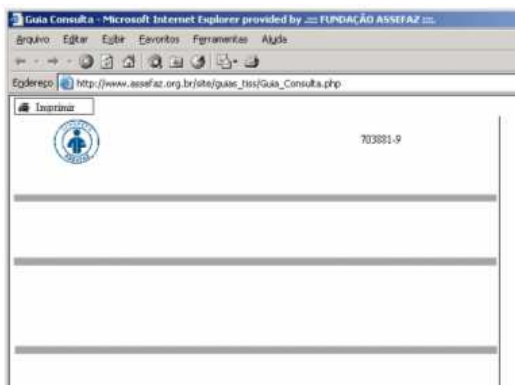
Selecione a orientação do papel na **Horizontal** ou **Paisagem**.

Finalmente clique no botão **OK** para efetuar a impressão das guias.



ASSEFAZ FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

O prestador não consegue visualizar corretamente a Guia no site da Assefaz. Na tela do computador aparece a figura abaixo sem os campos hachurados.



Para impressão correta das **Guias do TISS WEB** é necessário seguir os seguintes passos:

Atualize o Adobe Flash Player através do link abaixo:

http://www.adobe.com/shockwave/download/download.cgi?P1_Prod_Version=ShockwaveFlash



Marque a opção **"Concordo com os Termos de Segurança do Adobe Flash Player"** e clique o botão **"Instale agora"**.



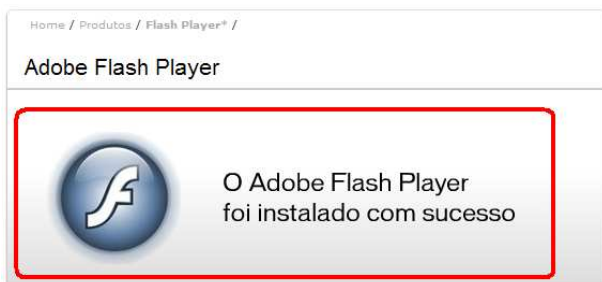
Clique no **instalar este controle ActiveX**



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA



Confirme a instalação do Adobe Flash, clicando no botão **Instalar**



Ao final da Instalação aparece a figura abaixo informando o término da instalação



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia de Honorário Individual

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia de Solicitação / Senha		4 - Data de Emissão da Guia							
34.692-6											
5 - Número da Carteira			6 - Plano		7 - Validade da Carteira						
8 - Nome			9 - Número do Cartão Nacional de Saúde								
Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)											
10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			11 - Nome do Contratado		12 - Código CNES						
Dados do Contratado Executante											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			14 - Nome do Contratado Executante		15 - Código CNES						
					16 - Tipo de Acomodação Autorizada						
17 - Grau Part.	18 - Nome do Profissional Executante		19 - Conselho Profissional	20 - Número Conselho	21 - UF						
					22 - Número no CPF						
Procedimentos Realizados											
23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Ctda.	30 - Ma.	31 - Tax.	32 - % Ret. / Acres.	33 - Valor Unitário - R\$	34 - Valor Total - R\$
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
											35 - Total Geral Honorários R\$
36 - Observação											
37 - Data / Hora e Assinatura do Prestador						38 - Data, Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia de Outras Despesas

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA															
GUIA DE OUTRAS DESPESAS															
1 - Registro ANS		2 - Nº Guia Referendada													
34.692-6															
3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				4 - Nome do Contratado				5 - Código CNES							
Códigos de Despesa Realizadas: 01-Gases, Medicinas; 02-Medicamentos; 03-Materiais; 04-Taxas Diversas; 05-Diárias; 06-Aluguis															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - % Red./Acess.	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$						
1 -															
16 - Descrição															
2 -															
16 - Descrição															
3 -															
16 - Descrição															
4 -															
16 - Descrição															
5 -															
16 - Descrição															
6 -															
16 - Descrição															
7 -															
16 - Descrição															
8 -															
16 - Descrição															
9 -															
16 - Descrição															
10 -															
16 - Descrição															
11 -															
16 - Descrição															
12 -															
16 - Descrição															
13 -															
16 - Descrição															
17 - Total Gases Medicinas R\$		18 - Total Medicamentos R\$			19 - Total Materiais R\$			20 - Total Taxas Diversas R\$		21 - Total Diárias R\$		22 - Total Aluguis R\$		23 - Total Geral R\$	



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia Resumo de Internação (Frente)

FUNDAÇÃO ASSEFAZ		GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO					2 - Nº					
1 - Registro ANS 34.692-6		2 - Nº Guia de Solução		4 - Data de Autorização		5 - Setor	6 - Data Válida de Terço	7 - Data de Emissão de Guia				
Dados do Beneficiário			8 - Número da Carteira			9 - Plano			10 - Validade da Carteira			
11 - Nome						12 - Número do Cartão Nacional de Saúde						
Dados do Contratado Existente			13 - Código e Operação / CNPJ			14 - Nome do Contratado			15 - Código CNEC			
16 - T.E.		17 - 18 - 19 - Logradouro - Número - Complemento		20 - Município		21 - UF	22 - Cód. IBGE	23 - CEP				
Dados da Internação			24 - Caracter de Internação	25 - Tipo de Internação Autorizada	26 - Detalhe de Internação	27 - Detalhe de Sítio de Internação	28 - Tipo de Internação	29 - Regime de Internação				
30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")			<input type="checkbox"/> - E - Estado	<input type="checkbox"/> - G - Grávida/Em gestação	<input type="checkbox"/> - T - Transição materno relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> - C - Complicação: Parto	<input type="checkbox"/> - A - Atendimento em RH na sala de parto	<input type="checkbox"/> - Complicação Neonatal	<input type="checkbox"/> - B - Peso < 2.500g	<input type="checkbox"/> - Parto Cesáreo	<input type="checkbox"/> - Parto Normal	
31 - Se parto em mulher			<input type="checkbox"/> - 1 - Grávida	<input type="checkbox"/> - 2 - Até 42 dias após término da gestação	<input type="checkbox"/> - 3 - de 43 dias a 12 meses após término da gestação	32 - Se parto normal	33 - Nº Prod. Nasc. Vivos	34 - Cód. Nasc. Morte a Termo	35 - Cód. Nasc. Mortos	36 - Cód. Nasc. Morte Prematura		
Dados de Saúde da Internação			37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Aderência	42 - Motivo Saúde	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito		
Procedimentos e Exames Realizados			45 - Data	46 - Inicial	47 - Hora Final	48 - Tabeta	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 - Cód. S/S de ICD-9	52 - S/N de Acesso	53 - VAGU LERÃO - RS	54 - VAGU TGR - RS
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Identificação da Equipe			55 - Seg. Pat. 55-G. Pat.	56 - Código Operador / CPF	60 - Nome do Profissional	61 - Conselho Prof	62 - Número Conselho	63 - UF	64 - CPF			
73 - Tipo Pagamento RS	74 - Total Procedimento RS	75 - Total Diária RS	76 - Total Taxas e Aluguel RS	77 - Total Material RS	78 - Total Medicamentos RS	79 - Total Exame Médicos RS	80 - Total geral RS					
81 - Data e Assinatura do contratado	82 - Data e Assinatura do(a) Autorizad(o) da Operação											



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia SP/SADT (Frente)

FUNDAÇÃO ASSEFAZ							FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA						
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT													
2 - Nº													
1 - Registro ANS		34.692-6		3 - Nº Guia Principal		4 - Data de Autorização		5 - Sessão		6 - Data Válido de da Sessão		7 - Data de Entrega da Guia	
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Município do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solidante				13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado		15 - Código CHES					
16 - Nome do Profissional Solidante				17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Código CBO B			
Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados													
21 - Data/Hora da Solicitação				22 - Cidade da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório em exames cirúrgicos, terapia, consulta nutricional e alto custo)					
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Q. Sob.		29 - Q. Anest.					
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
Dados do Contratado Exarante													
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - TL		33-34-35 - Logradouro-Número-Correl		36 - Município		37 - UF		38 - Cód. (BCE)	
39 - CEP		40 - Código CHES		41 - Código na Operadora / CPF do Doc. Complementar		42 - Nome do Profissional Exarante/Complementar		43 - Conselho Profissional		44 - Número no Conselho		45 - UF	
46 - Código CBO B		47 - Grau de Participação											
Dados do Atendimento													
48 - Tipo Atendimento				49 - Indicação do Acesso				50 - Tipo de Sessão					
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar				07 - SADT Intensivo 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TR S-Terapia Resol Substancial				11 - Avaliação ou doença relacionada ao trabalho 12 - Tratado 13 - Outros					
49 - Tipo de Doença				50 - Tempo de Doença									
A - Aguda C - Crônica				A - Ano M - Mês D - Dia									
Procedimentos e Exames Realizados													
51 - Data		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tabela B - Código do Procedimento		55 - Descrição		57 - Qtd. Sess.		58 - Qtd. Sess. / Anest.	
59 - Valor Unid. RS		60 - Valor Total RS											
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
61 - Data Assinatura e Procedimento em Site													
1		2		3		4		5		6		7	
8		9		10		11		12		13		14	
62 - Classificação													
63 - Total Procedimentos RS		64 - Total Taxas e Ajuda RS		65 - Total Materiais RS		66 - Total Medicamentos RS		67 - Total IO Unid. RS		68 - Total Custos Médicos RS		69 - Total Geral do Guia RS	
70 - Data e Assinatura do Solidante		71 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Data e Assinatura do Prestador Exarante							

Guia SP/SADT (Verso)

OPM Solicitadas						
72 - Tabela	73 - Código da OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtd.	76 - Fáb./Cm.	77 - Valor Unid. RS	78 - Valor Total RS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
OPM Utilizadas						
79 - Tabela	79 - Código da OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtd.	82 - Código de Barra	83 - Valor Unid. RS	84 - Valor Total RS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
						85 - Total OPM RS



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia de Solicitação de Internação (Verso)

Preencher em						
01 - Data	02 - Estado	07 - Preencher se se pedir internação				
____/____/____	____	_____				
03 - Tipo Assoc. inf.	04 - Associação	05 - Cidade - País (se for)				
____	____	____				
06 - Tabuleto	07 - Código de CPF	08 - Descrição CPF	09 - Cód. 70 Fabricante	71 - Número Unidade F.S.		
____	____	____	____	____		
____	____	____	____	____		
01 - Data	02 - Estado	07 - Preencher se se pedir internação				
____/____/____	____	_____				
03 - Tipo Assoc. inf.	04 - Associação	05 - Cidade - País (se for)				
____	____	____				
06 - Tabuleto	07 - Código de CPF	08 - Descrição CPF	09 - Cód. 70 Fabricante	71 - Número Unidade F.S.		
____	____	____	____	____		
____	____	____	____	____		
01 - Data	02 - Estado	07 - Preencher se se pedir internação				
____/____/____	____	_____				
03 - Tipo Assoc. inf.	04 - Associação	05 - Cidade - País (se for)				
____	____	____				
06 - Tabuleto	07 - Código de CPF	08 - Descrição CPF	09 - Cód. 70 Fabricante	71 - Número Unidade F.S.		
____	____	____	____	____		
____	____	____	____	____		



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia tratamento Odontológico (Cobrança)

1 - Registro ANS		3 - Data de Emissão da Guia		4 - Data de Autorização		5 - Série		6 - Data Múltipla da Série		7 - Número da Guia Principal	
Dados do Beneficiário:											
8 - Número da Carteira				9 - Plano		10 - Empresa		11 - Data de Início da Carteira		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome						14 - Telefone		15 - Nome do titular do plano			
Dados do Contrato Executante:											
16 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				17 - Nome do Contratado				18 - Número no CRC		19 - UF	20 - Código CNEB
21 - Nome do Profissional Executante						22 - Número no CRC		23 - UF	24 - Código CBO B		
Procedimentos Executados:											
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Ent. Reg. 1	29 - Fac. 30-06	31 - Quantidade US	32 - Valor R\$	33 - Franquia / Coparticipação R\$	34 - Data Realização	35 - Assinatura		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
36 - Data Previsão Término do Tratamento		37 - Tipo de Atendimento				38 - Tipo de Pagamento		39 - Total Quantidade US		40 - Valor Total R\$	41 - Total Franquia / Coparticipação R\$
		1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência / Emergência				1 - Sal 2 - Reméd					
Declaram, que o tratamento descrito acima foi realizado com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que anexa este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo e a anotar corretamente conforme:											
42 - Classificação:											
43 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				44 - Data, local e Assinatura do Acordado / Responsável				45 - Data, local e Assinatura da Empresa			



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Guia tratamento Odontológico (Solicitação)

SITUAÇÃO INICIAL		24 - Bateria básica de doação periódica		25 - Abitação distribuída em Y	
Permanentes	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____	
Decíduos	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____	
Permanentes	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____	
Situação Inicial					

23 Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Quantidade	23 - Faixa	24 - CDR	25 - Quantidade US	26 - Valor R\$	27 - Preço unitário/pacote R\$	28 - A
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional ao qual me apresento e compromissos previstos em contrato.

29 - Data, local e Assinatura do Usuário

30 - Valor Total R\$

31 - Total Preços / Coparticipação R\$

32 - Data, local e Assinatura do Responsável

33 - Data, local e Carimbo da Instituição