

MANUAL Prático

TISS 3.0



Prezado Cooperado,

Este manual é um guia de preenchimento do novo modelo das guias TISS. Nele explicamos e mostramos os novos campos que deverão ser preenchidos. Sua leitura é recomendada para que as guias sejam preenchidas de forma correta.

O Manual completo estará disponível na área restrita dos cooperados e no POL (Produção Online).



Guia de Comprovante Presencial (NOVA GUIA)

Unimed RJ		GUIA DE COMPROVANTE PRESENCIAL		2 - Vº Guia Presencial	
1 - Registro ANS		3 - Nome do Contratado		5 - Código CAGE	
2 - Código de Operadora		4 - Nome do Profissional Executante		6 - Conselho Profissional	
7 - Número no Conselho		8 - UF		9 - Código CBO	
11 - Data de atendimento		12 - Número da carteira		13 - Número da Guia Principal	
14 - Assinatura		15 - Assinatura		16 - Assinatura	
17 - Data		18 - Assinatura do Contratado		19 - Assinatura	

. Campo número 12 (Número da carteira):

Preencher com o número da carteira do Cliente.

. Campo número 14 (Número da guia principal):

Preencher com o número da guia de consulta.

OBS: A guia de comprovante presencial deverá ser preenchida somente para as consultas autorizadas no POL (Produção Online).

Guia de Consulta (NOVOS CAMPOS)

Unimed Rio **GUIA DE CONSULTA** 2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 5 - Validade da Carteira 6 - Atendimento RN (Sim ou Não)

7 - Nome 8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado 11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante 13 - Conselho Profissional 14 - Número no Conselho 15 - UF 16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento 19 - Tipo de Consulta 20 - Tabela 21 - Código do Procedimento 22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante 25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

. Campo número 3 (Número da guia atribuído pela operadora)

Preencher este campo somente quando estiver informado o campo 2.

. Campo número 6 (Atendimento RN)

Esse campo deve ser preenchido com “S” (Sim) caso o atendimento seja ao recém-nato e o beneficiário seja o responsável e “N” (Não) quando o atendimento for do próprio beneficiário.

. Campo número 8 (Cartão Nacional de Saúde)

Esse campo deve ser preenchido caso o cliente possua o registro.

Anexo de outras despesas (NOVOS CAMPOS)

Unimed Rio **ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Enunciante

3 - Código na Operadora 4 - Nome do Contratado 5 - Código CNES

Despesa Realizada

6 - CD 7 - Data 8 - Hora Inicial 9 - Hora Final 10 - Tabela 11 - Código de Item 12 - Qtd. 13 - Unidade de Medida 14 - Fator Red. / Acréscimo 15 - Valor Unitário - R\$ 16 - Valor Total - R\$

17 - Descrição do Material 18 - Referência do material no fabricante

20 - Descrição

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 22 - Total de Medicamentos (R\$) 23 - Total de Materiais (R\$) 24 - Total do OPMR (R\$) 25 - Total do Taxa e Aluguel (R\$) 26 - Total de Diárias (R\$) 27 - Total Geral (R\$)

. Campo número 5 (Código do CNES)

Campo obrigatório caso o prestador não possua preencher com 9999999.

. Campo número 14 (Fator de Redução / acréscimo)

Esse deve ser preenchido com o código da natureza da despesa conforme tabela de domínio Nº 25.

. Campo número 21 (Total de gases medicinais)

Esse campo deve ser preenchido com 1,00 no acréscimo ou redução de outras despesas.

. Campo número 21 (Total de gases medicinais)

Esse campo **DEVE** ser preenchido com 0,00 (zero) se não houver valor.

. Campo número 22 (Total de medicamentos)

Esse campo deve ser preenchido com 0,00 (zero) se não houver valor.

. Campo número 23 (Total de materiais)

Esse campo deve ser preenchido com 0,00 (zero) se não houver valor.

Guia de SP / SADT (NOVOS CAMPOS)

Unimed
RUA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT
3- Nº Guia no Prestador

1 - Registro AHS 2 - Número da Guia Principal
3 - Data de Autorização 4 - Data de Validade da Guia 5 - Número da Guia Atribuída pelo Operador

6 - Nome do Beneficiário 7 - Nome do Beneficiário 8 - Nome do Beneficiário 9 - Nome do Beneficiário 10 - Nome do Beneficiário 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

13 - Nome do Beneficiário 14 - Nome do Beneficiário 15 - Nome do Beneficiário 16 - Nome do Beneficiário 17 - Nome do Beneficiário 18 - Nome do Beneficiário 19 - Nome do Beneficiário 20 - Nome do Beneficiário

21 - Nome do Beneficiário 22 - Nome do Beneficiário 23 - Nome do Beneficiário 24 - Nome do Beneficiário 25 - Nome do Beneficiário 26 - Nome do Beneficiário 27 - Nome do Beneficiário 28 - Nome do Beneficiário

29 - Nome do Beneficiário 30 - Nome do Beneficiário 31 - Nome do Beneficiário 32 - Nome do Beneficiário 33 - Nome do Beneficiário 34 - Nome do Beneficiário 35 - Nome do Beneficiário 36 - Nome do Beneficiário

37 - Nome do Beneficiário 38 - Nome do Beneficiário 39 - Nome do Beneficiário 40 - Nome do Beneficiário 41 - Nome do Beneficiário 42 - Nome do Beneficiário 43 - Nome do Beneficiário 44 - Nome do Beneficiário

45 - Nome do Beneficiário 46 - Nome do Beneficiário 47 - Nome do Beneficiário 48 - Nome do Beneficiário 49 - Nome do Beneficiário 50 - Nome do Beneficiário 51 - Nome do Beneficiário 52 - Nome do Beneficiário

53 - Nome do Beneficiário 54 - Nome do Beneficiário 55 - Nome do Beneficiário 56 - Nome do Beneficiário 57 - Nome do Beneficiário 58 - Nome do Beneficiário 59 - Nome do Beneficiário 60 - Nome do Beneficiário

61 - Nome do Beneficiário 62 - Nome do Beneficiário 63 - Nome do Beneficiário 64 - Nome do Beneficiário 65 - Nome do Beneficiário 66 - Nome do Beneficiário 67 - Nome do Beneficiário 68 - Nome do Beneficiário

. Campo número 3 (Número da guia principal)

Esse campo deve ser preenchido com o número da guia principal quando se tratar de exame em paciente internado.

. Campo número 11 (Cartão Nacional de Saúde)

Esse campo deve ser preenchido caso o cliente possua o registro.

. Campo número 12 (Atendimento RN)

Esse campo deve ser preenchido com “S” (Sim) caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e “N” (Não) quando o atendimento for do próprio beneficiário.

. Campo número 31 (Código do CNES)

Campo obrigatório caso o prestador não possua preencher com 99999999.

. Campo número 32 (Tipo de Atendimento)

Esse campo deve ser preenchido se o tipo de atendimento for consulta.

. Campo número 35 (Motivo do Encerramento)

Esse campo deve ser preenchido em caso de óbito.

. Campo número 45 (Fator de Red./Acresc.)

Esse campo deve ser preenchido com 1,00 no acréscimo ou redução de outras despesas

. Campo número 47 (Valor Total(R\$))

Esse campo deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com 0,00 (zero).

. Campo número 48 (Seq.Ref.)

Esse campo deve ser preenchido na contingência em papel com o número de referência do procedimento (número da linha) a que se refere a participação do profissional integrante da equipe.

. Campo número 58 (Observação / Justificativa)

Esse campo deve ser utilizado para adicionar quaisquer observações sobre atendimento ou justificativas que julgue necessário.

Guia de Solicitação de Internação (NOVOS CAMPOS)

Unimed Rio **GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO** 2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento a RN

10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal 30 - CID 10 (2) 31 - CID 10 (3) 32 - CID 10 (4) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

. Campo número 3 (Número da guia atribuído pela operadora)

Preencher este campo somente quando estiver informado o campo 2.

. Campo número 9 (Atendimento RN)

Esse campo deve ser preenchido com “S” (Sim) caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e “N” (Não) quando o atendimento for do próprio beneficiário.

. Campo número 11 (Cartão Nacional de Saúde)

Esse campo deve ser preenchido caso o cliente possua o registro.

. Campo número 21 (Data sugerida para Internação)

Esse campo deve ser preenchido com a data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente.

. Campo número 26 (Previsão de uso de OPME)

Esse campo deve ser preenchido “S” (Sim) caso haja, previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação e “N” (Não), caso não haja previsão de uso destes materiais.

. Campo número 27 (Previsão de uso de quimioterápico)

Esse campo deve ser preenchido “S” (Sim) caso haja, previsão de utilização de quimioterápico durante a internação e “N” (Não), caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.

. Campo número 44 (Código do CNES)

Preenchimento obrigatório. Caso o prestador não possua deverá ser preenchido com 99999999.

. Campo número 49 (Assinatura do responsável pela Autorização)

Deve ser preenchido constando a assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Endereços



ESPAÇO DE RELACIONAMENTO COM O COOPERADO

Centro: Rua do Ouvidor 161, 7º andar

Barra da Tijuca: Av. Armando Lombardi, 400 - loja 101

Ligue Doutor: 3861-0000

Site: www.unimedrio.com.br

