

CARTILHA INTERNA DE INTERNAÇÃO

Padrão TISS

Rede Credenciada – Unimed Porto Velho

Unimed
Porto Velho

somoscoop

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu o Padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS), destinado ao registro e à troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços, referentes aos eventos realizados com beneficiários desses planos.

Objetivos do Padrão TISS:

- ✓ Padronizar os processos administrativos.
- ✓ Subsidiar avaliações econômico-financeiras e assistenciais das operadoras.
- ✓ Garantir simplicidade operacional e registro adequado dos dados.

Esta cartilha reforça a importância de fornecer informações corretas no momento da solicitação e do faturamento, conforme o padrão TISS.

Orientações para Preenchimento da Guia de Internação

Preenchimento no Ato da Solicitação

Ao realizar a solicitação, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Caráter do Atendimento

Selecione o caráter correspondente:

Eletiva

Nota: Internação programada, previamente agendada.

Urgência e Emergência

Nota: A internação ocorreu ou ocorrerá conforme os conceitos da Resolução CFM:

- **Emergência:** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.
- **Urgência:** ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Orientações para Preenchimento da Guia de Internação

Preenchimento no Ato da Solicitação

Ao realizar a solicitação, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Regime de Internação

Selecione o regime correspondente:

Hospitalar

Nota: utilizado quando o paciente permanece internado por mais de 12 horas.

Hospital-dia

Nota: utilizado quando o paciente permanece internado das 6h às 12h.

Orientações para Preenchimento da Guia de Internação

Preenchimento no Ato da Solicitação

Ao realizar a solicitação, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Tipo de internação

Selecione o tipo correspondente:

Clínica

Nota: para tratamento de condições clínicas não relacionadas a motivo de internação cirúrgica.

Cirúrgica

Nota: para realização de procedimentos cirúrgicos e cuidados pré/pós-operatórios.

Obstétrica

Nota: para atendimento da gestante, parto e intercorrências relacionadas.

Pediátrica

Nota: para internação de crianças e adolescentes.

Psiquiátrica

Nota: para tratamento de transtornos mentais em ambiente personalizado.

Preenchimento no Ato do Faturamento

Ao realizar o faturamento, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Motivo do encerramento

Nota: Há diversos motivos de encerramento. O prestador deve preencher conforme o encerramento de cada atendimento:

- 11** Alta curado.
- 12** Alta melhorado.
- 14** Alta a pedido.
- 15** Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente.
- 16** Alta por evasão.
- 18** Alta por outros motivos.
- 19** Alta de paciente ajuda e psiquiatria.
- 21** Permanência, por características próprias da doença.
- 22** Permanência, por intercorrência.

Preenchimento no Ato do Faturamento

Ao realizar o faturamento, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Motivo do encerramento

Nota: Há diversos motivos de encerramento. O prestador deve preencher conforme o encerramento de cada atendimento:

- 23** Permanência, por impossibilidade sócio-familiar.
- 24** Permanência, por processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo.
- 25** Permanência, por processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto.
- 26** Permanência, por mudança de procedimento.
- 27** Permanência, por reoperação.
- 28** Permanência, outros motivos.

Preenchimento no Ato do Faturamento

Ao realizar o faturamento, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Motivo do encerramento

Nota: Há diversos motivos de encerramento. O prestador deve preencher conforme o encerramento de cada atendimento:

- 31** Transferido para outro estabelecimento.
- 32** Transferência para Internação Domiciliar.
- 41** Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente.
- 42** Óbito com declaração de óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML.
- 43** Óbito com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
- 51** Encerramento administrativo.

Preenchimento no Ato do Faturamento

Ao realizar o faturamento, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Motivo do encerramento

Nota: Há diversos motivos de encerramento. O prestador deve preencher conforme o encerramento de cada atendimento:

- 61** Alta de mãe/puérpera e do recém-nascido.
- 62** Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.
- 63** Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido.
- 64** Alta da mãe/puérpera e alta do recém nascido.
- 65** Óbito da gestante e do concepto.
- 66** Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido.
- 67** Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.

Orientações para Preenchimento da Guia de Internação

Preenchimento no Ato do Faturamento

Ao realizar a solicitação, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Tipo de faturamento

Selecione o tipo correspondente:

Parcial

Nota: Refere-se ao faturamento parcial, ou seja, à cobrança de uma parte da conta hospitalar correspondente a um período específico, quando o beneficiário ainda não recebeu alta.

Final

Nota: refere-se ao faturamento final, realizado após o envio das faturas parciais e somente após a alta do beneficiário.

Complementar

Nota: refere-se ao faturamento enviado após a conclusão total do atendimento ou procedimento. Este tipo de complemento só deve ser utilizado em situações especiais, como recurso de glosa ou casos excepcionais previamente autorizados.

Total

Nota: refere-se ao faturamento realizado de forma única, abrangendo todo o atendimento em um só envio. A guia inclui o período completo de permanência do beneficiário, desde a admissão até a alta hospitalar.

Orientações para Preenchimento da Guia de Internação

Preenchimento no Ato Do Faturamento

Ao realizar o faturamento, preencha obrigatoriamente os seguintes campos:

Data/Hora de Saída

Nota: informação essencial para o registro adequado da demanda.

Dica: Sempre confira os dados antes de finalizar a solicitação ou o faturamento para evitar inconsistências.

Unimed
Porto Velho

somos **coop** 