



TISS Troca de Informação em Saúde Suplementar

Ministério da Saúde
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Padrão TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar

APRESENTAÇÃO

A ANS estabeleceu um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

O tema reveste-se de grande importância para o setor, sendo que alguns segmentos do mercado já haviam iniciado estudos com o intuito de estabelecer a padronização da informação trocada entre operadoras e prestadores, uma vez que o preenchimento de grande variedade de formulários utilizada por cada operadora e os demorados esquemas para obtenção de autorizações de determinados procedimentos exige intensa dedicação burocrática dos prestadores de serviços.

A informação, ferramenta fundamental para o setor de saúde suplementar, norteia avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, orienta decisões e planejamentos, embasa as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais.

A proposta da ANS utiliza padrões já existentes e disponíveis em outros bancos de dados e sistemas de informações, permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informação em saúde hoje existentes, possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas.

Com a adoção deste padrão verificou-se a necessidade da ampliação da regulação das informações trocadas e dos diálogos praticados em decorrência desta padronização. A partir daí a ANS iniciou o processo de avaliação de vários conceitos em Saúde Suplementar a fim de definir um padrão para os diversos conceitos existentes.

A primeira proposta de padronização remete às mensagens de glosa e as mensagens de sistema utilizadas na troca de mensagens entre as entidades acerca das guias de autorização e faturamento.

Esta proposta foi montada de acordo com o material enviado por diversas instituições participantes do COPISS em seu Grupo de Segurança e Comunicação e tem por objetivo ser avaliada por todos.

TABELA DE MENSAGENS

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Elegibilidade	1001	Número da carteira inválido
Elegibilidade	1002	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido
Elegibilidade	1003	A admissão do Beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do Beneficiário na Operadora
Elegibilidade	1004	Solicitação Anterior à Inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1005	Atendimento anterior à inclusão do Beneficiário
Elegibilidade	1006	Atendimento após o desligamento do Beneficiário
Elegibilidade	1007	Atendimento dentro da carência do Beneficiário
Elegibilidade	1008	Assinatura divergente
Elegibilidade	1009	Beneficiário com pagamento em aberto
Elegibilidade	1010	Assinatura do Titular / Responsável inexistente
Elegibilidade	1011	Identificação do beneficiário não consistente
Elegibilidade	1012	Serviço Profissional Hospitalar não é coberto pelo plano do beneficiário
Elegibilidade	1013	Cadastro do beneficiário com problemas
Elegibilidade	1014	Beneficiário com data de exclusão
Elegibilidade	1015	Idade do Beneficiário acima idade limite
Elegibilidade	1016	Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1017	Data Validade da Carteira Vencida
Elegibilidade	1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída
Elegibilidade	1019	Família do Beneficiário com atendimento suspenso
Elegibilidade	1020	Via de Cartão do Beneficiário Cancelada
Elegibilidade	1021	Via de Cartão do Beneficiário não liberada
Elegibilidade	1022	Via de Cartão do beneficiário não compatível
Elegibilidade	1023	Nome do titular inválido
Elegibilidade	1024	Plano não existente
Elegibilidade	1099	Outros
Protocolo	1101	Quantidade de Guias informadas no Protocolo diferente das cadastradas
Protocolo	1102	Protocolo é de re-apresentação
Protocolo	1103	Protocolo não é de reapresentação
Protocolo	1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias
Protocolo	1199	Outros
Prestador	1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
Prestador	1202	Número do CNES inválido
Prestador	1203	Código Prestador inválido
Prestador	1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
Prestador	1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
Prestador	1206	CPF / CNPJ inválido
Prestador	1207	Credenciado não pertence à Rede Credenciada
Prestador	1208	Solicitação anterior à inclusão do Credenciado
Prestador	1209	Solicitação após o desligamento do Credenciado
Prestador	1210	Solicitante Credenciado não cadastrado

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Prestador	1211	Assinatura / Carimbo do Credenciado inexistente
Prestador	1212	Atendimento / Referência fora da vigência do contrato do prestador
Prestador	1213	CBO-S (especialidade) inválido
Prestador	1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
Prestador	1215	Credenciado fora da abrangência geográfica do plano
Prestador	1216	Especialidade não cadastrada
Prestador	1217	Especialidade não cadastrada para o prestador
Prestador	1299	Outros
Guia	1301	Tipo Guia inválido
Guia	1302	Código Tipo Guia Principal e Número Guias Incompatíveis
Guia	1303	Não existe o Número Guia Principal informado
Guia	1304	Cobrança em guia indevida
Guia	1305	Item pago em outra Guia
Guia	1306	Não existe Número Guia Principal e/ou Código Guia Principal
Guia	1307	Número da guia inválido
Guia	1308	Guia já apresentada
Guia	1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado
Guia	1310	Serviço do tipo cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na guia
Guia	1311	Prestador executante não informado
Guia	1312	Prestador contratado não informado
Guia	1313	Guia com rasura
Guia	1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.
Guia	1315	Guia sem data do ato cirúrgico.
Guia	1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente.
Guia	1317	Guia sem data do atendimento
Guia	1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente.
Guia	1319	Guia sem assinatura do assistido.
Guia	1320	Identificação do assistido incompleta
Guia	1321	Validade da guia expirada
Guia	1399	Outros
Autorização / Solicitação	1401	Acomodação não autorizada
Autorização / Solicitação	1402	Procedimento não autorizado
Autorização / Solicitação	1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
Autorização / Solicitação	1404	Não existe guia de autorização relacionada
Autorização / Solicitação	1405	Data de Validade da Senha é anterior a Data do Atendimento
Autorização / Solicitação	1406	Número da Senha informado diferente do liberado

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Autorização / Solicitação	1407	Serviço solicitado não possui cobertura
Autorização / Solicitação	1408	Quantidade Serviço Solicitada acima da Autorizada
Autorização / Solicitação	1409	Quantidade Serviço solicitada acima coberta
Autorização / Solicitação	1410	Serviço solicitado em Carência
Autorização / Solicitação	1411	Solicitante não Informado
Autorização / Solicitação	1412	Problemas no sistema autorizador
Autorização / Solicitação	1413	Acomodação não possui cobertura
Autorização / Solicitação	1414	Data de validade da senha expirada
Autorização / Solicitação	1415	Procedimento não autorizado para o Beneficiário
Autorização / Solicitação	1416	Solicitante não Cadastrado
Autorização / Solicitação	1417	Solicitante não habilitado
Autorização / Solicitação	1418	Solicitante suspenso
Autorização / Solicitação	1419	Serviço solicitado já autorizado
Autorização / Solicitação	1420	Serviço solicitado fora da cobertura
Autorização / Solicitação	1421	Serviço solicitado é de pré-existência
Autorização / Solicitação	1422	Especialidade não cadastrada para o Solicitante
Autorização / Solicitação	1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
Autorização / Solicitação	1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
Autorização / Solicitação	1425	Necessita pré-autorização da empresa
Autorização / Solicitação	1426	Não autorizado pela auditoria médica
Autorização / Solicitação	1427	Necessidade de auditoria médica
Autorização / Solicitação	1428	Falta de autorização da empresa de conectividade
Autorização / Solicitação	1429	CBO-S (especialidade) não autorizado a realizar o serviço
Autorização / Solicitação	1499	Outros
Diagnóstico	1501	Tempo de Evolução da doença Inválido

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Diagnóstico	1502	Tipo de Doença inválido
Diagnóstico	1503	Indicador de Acidente Inválido
Diagnóstico	1504	Caráter de Internação Inválido
Diagnóstico	1505	Regime da internação inválido
Diagnóstico	1506	Tipo de Internação Inválido
Diagnóstico	1507	Urgência não aplicável
Diagnóstico	1508	Código CID não Informado
Diagnóstico	1509	Código CID inválido
Diagnóstico	1599	Outros
Atendimento	1601	Reincidência no atendimento
Atendimento	1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado
Atendimento	1603	Tipo de consulta inválido
Atendimento	1604	Tipo de saída inválido
Atendimento	1605	Intervenção anterior a Admissão
Atendimento	1606	Final da Intervenção anterior ao Início da Intervenção
Atendimento	1607	Alta Hospitalar anterior ao Final da Intervenção
Atendimento	1608	Alta anterior à data de internação
Atendimento	1609	Motivo Saída Inválido
Atendimento	1610	Óbito Mulher Inválido
Atendimento	1611	Intervenção anterior a Internação
Atendimento	1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado
Atendimento	1613	Consulta não autorizada
Atendimento	1614	Serviço ambulatorial não autorizado
Atendimento	1615	Internação não autorizada
Atendimento	1699	Outros
Regra de Valorização	1701	Cobrança fora do prazo de validade
Regra de Valorização	1702	Cobrança de procedimento em duplicidade
Regra de Valorização	1703	Horário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
Regra de Valorização	1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote
Regra de Valorização	1705	Valor apresentado a maior
Regra de Valorização	1706	Valor apresentado a menor
Regra de Valorização	1707	Não existe informação sobre a tabela que será utilizada na Valoração. Verifique o Contrato do Prestador
Regra de Valorização	1708	Não existe valor para o procedimento realizado
Regra de Valorização	1709	Falta prescrição médica
Regra de Valorização	1710	Falta visto da Enfermagem

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Regra de Valorização	1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
Regra de Valorização	1712	Assinatura do Médico responsável pelo exame inexistente
Regra de Valorização	1713	Faturamento Inválido
Regra de Valorização	1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela
Regra de Valorização	1716	Percentual de redução/acréscimo fora dos valores definidos em tabela
Regra de Valorização	1799	Outros
Procedimento	1801	Procedimento inválido
Procedimento	1802	Procedimento incompatível com o sexo do Beneficiário
Procedimento	1803	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento
Procedimento	1804	Número de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
Procedimento	1805	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado
Procedimento	1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
Procedimento	1807	Procedimentos médicos duplicados
Procedimento	1808	Procedimento não conforme com CID
Procedimento	1809	Cobrança de procedimento não executado
Procedimento	1810	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico
Procedimento	1811	Procedimento sem registro de execução
Procedimento	1812	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
Procedimento	1813	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Procedimento	1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1815	Procedimento não autorizado
Procedimento	1816	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Procedimento	1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Procedimento	1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Procedimento	1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Procedimento	1820	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Procedimento	1821	Cobrança de procedimento não compatível com a idade.
Procedimento	1822	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico.
Procedimento	1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Procedimento	1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
Procedimento	1825	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Procedimento	1899	Outros
Diária	1901	Acomodação inválida
Diária	1901	Acomodação informada não está de acordo com acomodação contratada
Diária	1902	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
Diária	1903	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
Diária	1904	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
Diária	1905	Acomodação não informada
Diária	1906	Quantidade UTI não prevista para procedimento
Diária	1907	Usuário não possui cobertura de UTI
Diária	1908	Acomodação não autorizada
Diária	1909	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
Diária	1910	Permanência hospitalar para investigação injustificada.
Diária	1911	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI.
Diária	1912	Código de diária incompatível com o local de atendimento.
Diária	1913	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar.
Diária	1914	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
Diária	1915	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica.
Diária	1999	Outros
Material	2001	Material inválido
Material	2002	Material sem cobertura para atendimento ambulatorial
Material	2003	Material não especificado
Material	2004	Material sem nota fiscal do fornecedor

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Material	2005	Quantidade de material deve ser maior que zero
Material	2006	Material informado não coberto
Material	2007	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência.
Material	2008	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Material	2009	Quantidade de material superior a quantidade coberta
Material	2010	Cobrança de materiais inclusos nas taxas
Material	2011	Cobrança de material incluso no pacote negociado.
Material	2012	Cobrança de material incompatível com o relatório técnico.
Material	2013	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizada.
Material	2014	Cobrança de material não utilizado
Material	2099	Outros
Medicamento	2101	Medicamento inválido
Medicamento	2102	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
Medicamento	2103	Medicamento não especificado
Medicamento	2104	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
Medicamento	2105	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
Medicamento	2106	Medicamento informado não coberto
Medicamento	2107	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência.
Medicamento	2108	Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Medicamento	2109	Quantidade de medicamento superior a quantidade coberta
Medicamento	2110	Cobrança de medicamento inclusos nas taxas
Medicamento	2111	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado.
Medicamento	2112	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico.
Medicamento	2113	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada.
Medicamento	2114	Cobrança de medicamento não utilizado
Medicamento	2199	Outros
OPM	2201	OPM inválido
OPM	2202	OPM sem cobertura para atendimento ambulatorial
OPM	2203	OPM sem nota fiscal do fornecedor
OPM	2204	Quantidade de OPM deve ser maior que zero
OPM	2205	OPM informado não coberto
OPM	2206	OPM informado não autorizado
OPM	2207	Cobrança de OPM não utilizado
OPM	2208	Cobrança de OPM no item material e medicamentos.
OPM	2209	Cobrança de OPM em desacordo com relatório técnico

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
OPM	2210	Cobrança de OPM em quantidade incompatível com o procedimento realizado
OPM	2211	Cobrança de OPM inclusa no pacote
OPM	2299	Outros
Gases Medicinais	2301	Gases Medicinais inválidos
Gases Medicinais	2302	Cobrança de oxigenoterapia sem prescrição médica.
Gases Medicinais	2303	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência/pago valor corrigido.
Gases Medicinais	2304	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada.
Gases Medicinais	2305	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso.
Gases Medicinais	2306	Cobrança de oxigenoterapia sem registro de controle de uso (entrada e saída).
Gases Medicinais	2307	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência
Gases Medicinais	2308	Cobrança de CO2 nas cirurgias videolaparoscópicas durante toda a realização do procedimento (início ao fim).
Gases Medicinais	2309	Cobrança de ar comprimido sem registro no Boletim Anestésico e duração de uso.
Gases Medicinais	2310	Cobrança de gases incompatível com o utilizado/ prescrito.
Gases Medicinais	2399	Outros
Taxas alugueís	2401	Taxa / Aluguel inválido
Taxas alugueís	2402	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento.
Taxas alugueís	2403	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
Taxas alugueís	2404	Cobrança de outras taxas associadas/inclusas na cobrança da taxa de sala prevista.
Taxas alugueís	2405	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
Taxas alugueís	2406	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos.
Taxas alugueís	2407	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
Taxas alugueís	2408	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
Taxas alugueís	2409	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado
Taxas alugueís	2410	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem o registro da permanência.
Taxas	2411	Cobrança de taxa de sala de pronto socorro, para

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
aluguéis		aplicação de medicamentos.
Taxas aluguéis	2412	Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento.
Taxas aluguéis	2413	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado.
Taxas aluguéis	2414	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento.
Taxas aluguéis	2415	Taxa exige informação do valor na Guia.
Taxas aluguéis	2416	Cobrança de taxa de recuperação anestésica para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI.
Taxas aluguéis	2417	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista.
Taxas aluguéis	2418	Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento.
Taxas aluguéis	2419	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
Taxas aluguéis	2420	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com porte anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado.
Taxas aluguéis	2421	Cobrança de taxa em quantidade incorreta.
Taxas aluguéis	2422	Cobrança de taxa por uso de equipamento de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
Taxas aluguéis	2423	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento.
Taxas aluguéis	2424	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação.
Taxas aluguéis	2499	Outros
Procedimentos em Série	2501	Procedimento em série inválido
Procedimentos em Série	2502	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
Procedimentos em Série	2503	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo
Procedimentos em Série	2504	Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado
Procedimentos em Série	2505	O código cobrado é diferente do código autorizado
Procedimentos em Série	2506	A quantidade de sessões cobradas é diferente da quantidade autorizada
Procedimentos em Série	2507	O código autorizado está incompatível com a prescrição médica solicitada
Procedimentos em Série	2508	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Procedimentos em Série	2509	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico
Procedimentos em Série	2510	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
Procedimentos em Série	2511	Ausência de evolução no prontuário médico do tratamento seriado realizado.
Procedimentos em Série	2512	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
Procedimentos em Série	2513	Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica
Procedimentos em Série	2514	Serviço não contratado para o prestador
Procedimentos em Série	2515	Local de atendimento inadequado
Procedimentos em Série	2516	Quantidade cobrada diferente da realizada
Procedimentos em Série	2599	Outros
Honorários	2601	Codificação incorreta/inadequada do procedimento.
Honorários	2602	Cobrança de honorário incluso no procedimento principal
Honorários	2603	Cobrança de honorário sem registro da efetiva participação do profissional
Honorários	2604	Procedimento principal não requer equipe médica
Honorários	2605	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico.
Honorários	2606	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente).
Honorários	2607	Cobrança de Honorários em duplicidade.
Honorários	2608	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
Honorários	2609	Local de atendimento não informado.
Honorários	2699	Outros
Exames	2701	Procedimento inválido
Exames	2702	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
Exames	2703	Exame sem registro de execução
Exames	2704	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico
Exames	2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Exames	2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2707	Exame não autorizado
Exames	2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Exames	2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
Exames	2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia
Exames	2711	Cobrança de exame com história clínica/hipótese

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
		diagnóstica não compatível
Exames	2712	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Exames	2713	Cobrança de exame não compatível com a idade.
Exames	2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico.
Exames	2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Exames	2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado
Exames	2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Exames	2718	Exames não justificam caráter de urgência
Exames	2799	Outros
Pacotes	2801	Pacote inválido
Pacotes	2802	Pacote incompatível com o sexo do Beneficiário
Pacotes	2803	Idade do Beneficiário incompatível com o Pacote
Pacotes	2804	Valor total do pacote diferente do Valor Processado
Pacotes	2805	Valor do pacote superior ao valor dos itens
Pacotes	2806	Cobrança de pacote não executado
Pacotes	2807	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
Pacotes	2808	Pacote sem registro de execução
Pacotes	2809	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
Pacotes	2810	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
Pacotes	2811	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento.
Pacotes	2812	Pacote não autorizado
Pacotes	2813	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
Pacotes	2814	Itens de composição do pacote não realizados
Pacotes	2815	Cobrança do pacote exige autorização prévia
Pacotes	2816	Cobrança de pacote com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
Pacotes	2817	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
Pacotes	2818	Cobrança de pacote não compatível com a idade.
Pacotes	2819	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico.
Pacotes	2820	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
Pacotes	2821	Pacote cobrado não corresponde ao exame executado
Pacotes	2822	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
Pacotes	2899	Outros

Grupo	Código da Mensagem	Descrição da Mensagem
Revisão de glosa	2901	Revisão de glosa inválida
Revisão de glosa	2902	Glosa mantida
Revisão de glosa	2903	Pedido de revisão sem justificativa
Revisão de glosa	2904	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia/protocolo
Revisão de glosa	2905	A guia não é de revisão
Revisão de glosa	2906	Número da guia inválido
Revisão de glosa	2999	Outros
Mensagens de Sistema	5001	Mensagem eletrônica fora do padrão TISS
Mensagens de Sistema	5002	Não foi possível validar o arquivo XML
Mensagens de Sistema	5003	Endereço do Remetente inválido
Mensagens de Sistema	5004	Endereço do destinatário inválido
Mensagens de Sistema	5005	Remetente não identificado
Mensagens de Sistema	5006	Destinatário não identificado
Mensagens de Sistema	5007	Mensagem inconsistente ou incompleta
Mensagens de Sistema	5008	Espaço reservado para a caixa de saída insuficiente
Mensagens de Sistema	5009	Espaço reservado para a caixa de entrada insuficiente
Mensagens de Sistema	5010	Envio de mensagem não foi terminado
Mensagens de Sistema	5011	Envio de mensagem finalizado
Mensagens de Sistema	5012	Recebimento de mensagem não finalizado
Mensagens de Sistema	5013	Recebimento de mensagem finalizadado
Mensagens de Sistema	5014	Código Hash inválido. Mensagem pode estar corrompida.
Mensagens de Sistema	5099	Erro não identificado
Mensagens reservadas	9901 a 9999	Intervalo de códigos destinados as mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação da descrição obrigatória