Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL · RCM

Recepção e verificação de elegibilidade: procedimento passo a passo

Quase metade das glosas nasce na recepção: carteira errada, plano sem cobertura, carência não cumprida, autorização não conferida. Este procedimento mostra, etapa por etapa, o que conferir antes do atendimento começar e por quê. Feito para treinar quem está chegando na área.

Francisco Paniquar Gatto · no setor de saúde desde 2002 · versão de 19/10/2026
Versão sempre atualizada em **paniquar.com**. Uso livre em treinamentos com citação da fonte · CC BY-NC 4.0 · paniquar.com.

OBJETIVO
Garantir que cada atendimento comece com o beneficiário identificado, o plano ativo e com cobertura, a autorização conferida e os dados corretos para o faturamento.

QUEM EXECUTA
Recepcionista ou atendente. Apoio: autorização (procedimentos que exigem senha) e faturamento (dúvidas de regra da operadora).

QUANDO
Em todo atendimento por convênio: no agendamento (pré-checagem) e na chegada do paciente (checagem final).

ENTRADAS
Documento com foto, carteira do plano, pedido médico (quando houver), agenda, regras de cada operadora.

SAÍDAS
Cadastro correto, elegibilidade confirmada e registrada, autorização conferida, atendimento aberto no sistema com os dados da guia.

Visão geral do processo

1. Pré-checar no agendamento
2. Identificar o paciente
3. Conferir a carteira
4. Verificar a elegibilidade
5. Conferir cobertura e carência
6. Conferir a autorização
7. Abrir o atendimento
8. Coletar assinatura e documentos
9. Tratar as pendências
10. Fechar o dia

1 Pré-checar no agendamento

Para que serve: descobrir antes do dia do atendimento o que pode impedir a cobrança: plano inativo, carência, procedimento que exige autorização prévia. Resolver na véspera é muito mais fácil do que com o paciente no balcão.

Como fazer:

1. No agendamento, registre operadora, plano, número da carteira e o procedimento previsto.
2. Verifique se o procedimento exige autorização prévia nessa operadora. Se exigir, encaminhe o pedido para a equipe de autorização com antecedência.
3. Oriente o paciente sobre o que trazer: documento com foto, carteira do plano e pedido médico.

Atenção: mantenha à vista da recepção uma lista atualizada, por operadora, dos procedimentos que exigem autorização. Ela muda com frequência.

> **Resultado:** agendamento com dados do plano e pendências identificadas antes do dia.

2 Identificar o paciente

Para que serve: garantir que quem está sendo atendido é o titular da carteira. Atendimento a pessoa diferente do beneficiário é fraude e gera glosa total, além de risco assistencial.

Como fazer:

1. Peça documento oficial com foto e confira com a pessoa presente.
2. Confira nome completo e data de nascimento. Se o paciente usa nome social, registre no campo próprio, sem substituir o nome civil do cadastro do plano.
3. Busque o cadastro existente antes de criar um novo, para não duplicar o paciente.
4. Se a operadora usar biometria, token ou outro meio de confirmação presencial, faça a confirmação nesse momento.

Atenção: nunca use a carteira de um familiar "porque o plano é o mesmo". Cada beneficiário tem o seu número.

> **Resultado:** paciente identificado e cadastro único, sem duplicidade.

3 Conferir a carteira do plano

Para que serve: o número da carteira é a chave que liga o atendimento ao contrato do beneficiário. Um dígito errado gera glosa do grupo beneficiário (10xx), a mais comum na recepção.

Como fazer:

1. Digite o número da carteira conferindo dígito por dígito, ou use a leitura do cartão quando o sistema permitir.
2. Confira a validade da carteira e o nome do plano.
3. Se o paciente apresentar carteira digital, confira se é do plano atual: troca de plano muda o número em muitas operadoras.

Atenção: carteira vencida não significa plano cancelado, mas exige a verificação de elegibilidade da etapa seguinte.

> **Resultado:** número da carteira, plano e validade registrados corretamente.

4 Verificar a elegibilidade na operadora

Para que serve: a elegibilidade confirma, na data do atendimento, que o beneficiário está ativo e pode ser atendido. É a única prova de que o plano estava válido naquele dia.

Como fazer:

1. Consulte a elegibilidade no portal da operadora ou pela transação de verificação de elegibilidade do padrão TISS, quando o sistema estiver integrado.
2. Faça a consulta **no dia do atendimento**, não só no agendamento: o plano pode ser suspenso entre uma data e outra.
3. Guarde o comprovante (tela, número de protocolo ou resposta da transação) junto ao atendimento.
4. Se a resposta for "inelegível", não inicie o atendimento por convênio: siga a etapa 9.

Atenção: o comprovante de elegibilidade é a evidência do recurso quando vier uma glosa de "beneficiário inativo". Sem ele, a glosa não se reverte.

> **Resultado:** elegibilidade confirmada na data, com comprovante guardado.

5 Conferir cobertura e carência

Para que serve: beneficiário ativo não significa procedimento coberto. Segmentação do plano (ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológico), área de abrangência, rede credenciada e carência definem se aquele atendimento pode ser cobrado.

Como fazer:

1. Confira se a segmentação do plano cobre o tipo de atendimento (por exemplo, internação não é coberta em plano só ambulatorial).
2. Confira se o seu serviço faz parte da rede do plano e se está na área de abrangência do contrato.
3. Verifique a carência: a Lei 9.656/1998 fixa limites máximos (24 horas para urgência e emergência, 300 dias para parto a termo e 180 dias para os demais casos), mas cada contrato pode prever prazos menores. A resposta de elegibilidade ou o portal costuma informar.
4. Para procedimentos com regras do Rol da ANS, confira se há diretriz de utilização (DUT) e se o pedido médico atende a ela.

Atenção: se o procedimento não tiver cobertura, informe o paciente antes do atendimento e registre a orientação. Atender e descobrir depois gera conta sem pagador.

> **Resultado:** cobertura e carência conferidas para o procedimento do dia.

6 Conferir a autorização

Para que serve: procedimento que exige autorização e é feito sem ela gera glosa do grupo autorização (14xx), quase sempre não recuperável.

Como fazer:

1. Se o procedimento exige autorização, confira se a senha existe, se está dentro da validade e se cobre exatamente o procedimento e a quantidade que serão feitos.
2. Confira se o nome do beneficiário e o número da carteira na autorização são os mesmos do cadastro.
3. Se a autorização estiver pendente, vencida ou divergente, acione a equipe de autorização antes de iniciar (veja o procedimento de autorizações).

Atenção: urgência e emergência não esperam autorização. Atenda, registre o caráter de urgência no atendimento e comunique a operadora pelo canal previsto no contrato.

> **Resultado:** senha conferida e registrada no atendimento, ou pendência encaminhada.

7 Abrir o atendimento com os dados da guia

Para que serve: os dados digitados na abertura vão direto para a guia TISS. Erro aqui vira erro de faturamento lá na frente.

Como fazer:

1. Escolha o tipo de guia certo: guia de consulta para consulta eletiva, guia SP/SADT para exames, terapias e consultas com procedimento, solicitação de internação para internações.
2. Preencha caráter do atendimento (eletivo ou urgência), tipo de consulta quando aplicável e o profissional executante com conselho e CBO.
3. Informe a senha no campo próprio, quando houver.
4. Confira o código do procedimento na TUSS com o pedido médico.

Atenção: duas consultas para o mesmo paciente e o mesmo profissional em pouco tempo podem ser glosadas como retorno. Confira a regra de retorno de cada operadora.

> **Resultado:** atendimento aberto com tipo de guia, profissional, procedimento e senha corretos.

8 Coletar assinatura e documentos

Para que serve: a assinatura do beneficiário e os documentos anexos comprovam que o atendimento aconteceu. Muitas operadoras glosam guia sem comprovação de presença.

Como fazer:

1. Colete a assinatura do beneficiário (ou do responsável) na guia ou no meio eletrônico aceito pela operadora.
2. Digitalize o pedido médico e anexe ao atendimento. Confira se tem data, carimbo, assinatura e CRM.
3. Em atendimentos seriados (fisioterapia, terapias), use o controle de sessões e colete a assinatura a cada sessão.

Atenção: pedido médico vencido é motivo frequente de glosa. Confira a validade aceita pela operadora.

> **Resultado:** guia assinada e documentos anexados ao atendimento.

9 Tratar as pendências

Para que serve: nem todo atendimento fica redondo na recepção. O importante é a pendência ter dono e prazo, e não seguir escondida até o faturamento.

Como fazer:

1. Inelegível ou sem cobertura: oriente o paciente sobre as alternativas (atendimento particular, contato com a operadora) e registre a orientação.
2. Autorização pendente: siga a regra do serviço (reagendar, aguardar ou atender como urgência quando for o caso) e registre.
3. Documento faltando: registre o que falta e combine a entrega com o paciente, com data.
4. Registre cada pendência em uma lista com responsável e prazo.

Atenção: nunca abra o atendimento como "convênio" esperando resolver depois sem registrar a pendência. É assim que nascem as glosas que ninguém sabe explicar.

> **Resultado:** pendências registradas, com responsável e prazo.

10 Fechar o dia da recepção

Para que serve: o fechamento diário garante que tudo o que foi atendido chegue ao faturamento completo, sem guias perdidas.

Como fazer:

1. Confira se todo atendimento do dia tem guia, assinatura, elegibilidade e senha (quando exigida).
2. Compare a agenda com os atendimentos abertos: paciente que veio e não tem atendimento aberto é receita perdida.
3. Entregue ao faturamento as guias e documentos do dia, na forma combinada (física ou digital).
4. Revise a lista de pendências e cobre o que venceu.

> **Resultado:** atendimentos do dia completos e entregues ao faturamento.

Rotina da recepção

Frequência	O que fazer
Véspera	Pré-checar os agendamentos do dia seguinte: plano, carência e autorizações.
Cada atendimento	Identificação, carteira, elegibilidade, cobertura, autorização, abertura e assinatura.
Fim do dia	Conferir guias, comparar agenda e atendimentos, entregar ao faturamento, revisar pendências.

Frequência	O que fazer
Mensal	Revisar com o faturamento as glosas de recepção do mês (grupos 10xx e 14xx) e combinar correções.

Erros mais comuns de quem está começando

- Digitar a carteira sem conferir e criar um cadastro duplicado.
- Consultar a elegibilidade só no agendamento e não no dia.
- Não guardar o comprovante de elegibilidade.
- Abrir o atendimento sem conferir se a senha cobre o procedimento e a quantidade.
- Escolher o tipo de guia errado.
- Aceitar pedido médico sem data, assinatura ou vencido.
- Deixar pendências sem registro "para resolver depois".

Checklist de conclusão do treinamento

- [ ] Sei quais procedimentos exigem autorização em cada operadora que atendemos.
- [ ] Identifico o paciente com documento com foto e evito cadastro duplicado.
- [ ] Confiro número, validade e plano da carteira.
- [ ] Verifico a elegibilidade no dia do atendimento e guardo o comprovante.
- [ ] Sei conferir segmentação, rede, abrangência e carência.
- [ ] Confiro se a senha cobre o procedimento, a quantidade e a data.
- [ ] Escolho o tipo de guia certo e preencho profissional, CBO e caráter do atendimento.
- [ ] Colho assinatura e anexo pedido médico válido.
- [ ] Registro toda pendência com responsável e prazo.
- [ ] Faço o fechamento do dia comparando agenda e atendimentos.

Para aprofundar

- Trilha de treinamento da recepção
- Manual da guia de consulta, campo a campo e da guia SP/SADT
- Códigos de glosa de beneficiário (10xx)
- Checklist de prevenção de glosas

Referências: Lei nº 9.656/1998 (carências); ANS, Padrão TISS 4.03.00 (verificação de elegibilidade, guias de consulta e SP/SADT); ANS, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas diretrizes de utilização. As regras de cada contrato e de cada operadora prevalecem sobre as orientações gerais deste procedimento.

Versão online: paniquar.com/procedimentos/recepcao-e-elegibilidade/