Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL · RCM

Solicitação e controle de autorizações: procedimento passo a passo

Autorização errada ou vencida gera glosa quase sempre irrecuperável. Este procedimento mostra como pedir, acompanhar e conferir cada autorização, da consulta à prorrogação de internação. 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
Obter, antes da realização, a autorização correta para cada procedimento que exige aprovação da operadora, e garantir que a senha cubra exatamente o que será feito e faturado.

QUEM EXECUTA
Analista de autorização. Apoio: recepção (dados do paciente), médicos e enfermagem (relatórios e justificativas clínicas), faturamento (regras de cobrança).

QUANDO
A partir do pedido médico ou do agendamento, antes do atendimento; durante a internação, a cada necessidade de prorrogação ou de item novo.

ENTRADAS
Pedido médico, relatório clínico, exames anteriores, dados do beneficiário, regras de autorização de cada operadora.

SAÍDAS
Senha de autorização registrada no atendimento, controle de autorizações atualizado, negativas tratadas e comunicadas.

Visão geral do processo

1. Receber o pedido
2. Verificar se exige autorização
3. Conferir o pedido médico
4. Montar a solicitação
5. Enviar e registrar o protocolo
6. Acompanhar o prazo de resposta
7. Conferir a autorização recebida
8. Tratar negativas e pendências
9. Controlar validade e prorrogações
10. Entregar ao atendimento e ao faturamento

1 Receber o pedido de autorização

Para que serve: centralizar os pedidos em um único fluxo evita autorização esquecida e garante que todo procedimento agendado tenha alguém responsável por ela.

Como fazer:

1. Receba os pedidos por um canal único (fila no sistema, planilha compartilhada ou e-mail da equipe), nunca por mensagens soltas.
2. Registre no controle: paciente, operadora, carteira, procedimento, data prevista do atendimento e quem pediu.
3. Defina a data em que a autorização precisa estar pronta, contando os prazos de resposta da operadora.

Atenção: pedido que chega na véspera de um procedimento eletivo é falha de processo. Combine com a agenda um prazo mínimo de antecedência.

> **Resultado:** pedido registrado no controle, com data necessária.

2 Verificar se o procedimento exige autorização

Para que serve: pedir autorização para o que não precisa gasta tempo; deixar de pedir para o que precisa gera glosa do grupo autorização (14xx).

Como fazer:

1. Consulte a regra da operadora para o código TUSS do procedimento: lista de procedimentos sujeitos a autorização prévia no portal ou no contrato.
2. Confira também materiais especiais, OPME, medicamentos de alto custo, quimioterapia e radioterapia: eles costumam exigir autorização própria, mesmo quando o procedimento principal não exige.
3. Mantenha uma tabela por operadora com os procedimentos que exigem autorização e revise a cada comunicado.

Atenção: a regra muda entre operadoras e entre planos da mesma operadora. Na dúvida, consulte a operadora e registre a resposta.

> **Resultado:** decisão registrada: exige ou não exige autorização.

3 Conferir o pedido médico e a justificativa

Para que serve: a operadora analisa o pedido com base no que está escrito. Pedido incompleto volta como pendência e atrasa o atendimento.

Como fazer:

1. Confira no pedido: nome do paciente, procedimento solicitado, quantidade, indicação clínica, data, assinatura, carimbo e número do conselho do médico.
2. Para procedimentos com diretriz de utilização (DUT) do Rol da ANS, confira se o relatório médico mostra que o paciente atende aos critérios.
3. Reúna os documentos de apoio: exames anteriores, laudos, relatório clínico detalhado. Para OPME, a especificação técnica do material.
4. Se faltar informação, devolva ao médico com o que precisa ser completado, antes de enviar.

Atenção: não reescreva a justificativa clínica. Ela é do médico. A sua parte é conferir se está completa.

> **Resultado:** pedido e documentos completos.

4 Montar a solicitação na guia certa

Para que serve: cada tipo de atendimento tem a sua guia de solicitação no padrão TISS. Guia errada é devolvida.

Como fazer:

1. Escolha a guia: consulta, SP/SADT (exames, terapias, procedimentos ambulatoriais), solicitação de internação ou prorrogação de internação.
2. Inclua os anexos quando houver: OPME, quimioterapia, radioterapia.
3. Preencha: caráter do atendimento (eletivo ou urgência), códigos TUSS, quantidades, indicação clínica, CID quando exigido, profissional solicitante com conselho e CBO.
4. Para internação, informe o tipo de internação, o regime, a quantidade de diárias solicitadas e a data prevista.

Atenção: a quantidade solicitada precisa ser a que será executada. Autorizar 10 sessões e fazer 12 gera glosa das 2 excedentes.

> **Resultado:** solicitação montada na guia correta, com anexos.

5 Enviar e registrar o protocolo

Para que serve: o número de protocolo prova quando o pedido foi feito e é o que permite cobrar a resposta da operadora.

Como fazer:

1. Envie pelo canal da operadora: portal, webservice TISS ou outro canal previsto no contrato.
2. Registre no controle o número do protocolo, a data e a hora do envio.
3. Guarde a cópia do que foi enviado (guia, anexos e documentos).

Atenção: pedido feito por telefone sem número de protocolo não tem como ser comprovado depois.

> **Resultado:** solicitação protocolada e registrada.

6 Acompanhar o prazo de resposta

Para que serve: a operadora tem prazos máximos para garantir o atendimento ao beneficiário. Acompanhar evita que o paciente chegue sem autorização e permite cobrar quando o prazo passa.

Como fazer:

1. Verifique o status dos pedidos pendentes pelo menos duas vezes por dia, ou pela consulta de status de autorização do padrão TISS.
2. Use como referência os prazos máximos de atendimento definidos pela ANS (RN 566/2022), que variam por tipo de atendimento: por exemplo, 7 dias úteis para consulta básica, 10 dias úteis para a maioria dos exames e terapias e 21 dias úteis para internação eletiva; urgência e emergência são imediatas. Confira a norma vigente para o caso.
3. Pedido parado perto do prazo: cobre a operadora citando o protocolo.

Atenção: priorize pelo que acontece primeiro na agenda, não pela ordem de chegada do pedido.

> **Resultado:** cada pedido com status atualizado e cobrança feita quando necessário.

7 Conferir a autorização recebida

Para que serve: uma autorização parcial, com código diferente ou com quantidade menor parece resolvida, mas vira glosa depois. A conferência pega isso antes do atendimento.

Como fazer:

1. Compare item por item o que foi pedido e o que foi autorizado: código, quantidade, número de diárias, materiais.
2. Registre a senha, a data de autorização e a **data de validade**.
3. Se a autorização veio parcial, avise o médico e a agenda antes do atendimento, para decidirem o que fazer.

Atenção: material ou procedimento acrescentado durante a execução precisa de nova autorização (ou de complemento), conforme a regra da operadora.

> **Resultado:** senha, validade e itens autorizados registrados e conferidos.

8 Tratar negativas e pendências

Para que serve: negativa não é o fim do caminho. Muitas são por documento faltante, e outras podem ser contestadas.

Como fazer:

1. Leia o motivo da negativa ou da pendência. A operadora deve informar o motivo.
2. Pendência de documento: providencie com o médico e reenvie no mesmo protocolo, quando o canal permitir.
3. Negativa de cobertura ou de critério clínico: leve ao médico assistente, que decide se apresenta nova justificativa ou altera a conduta.
4. Comunique a recepção e o paciente sobre a situação e registre tudo no controle.

Atenção: não realize o procedimento eletivo negado como se estivesse autorizado. Se o paciente optar por fazer, registre a negativa e a alternativa combinada (por exemplo, atendimento particular).

> **Resultado:** negativas tratadas, com decisão e comunicação registradas.

9 Controlar validade e prorrogações

Para que serve: senha vencida no dia do atendimento é glosa. Em internações, diária sem prorrogação autorizada também.

Como fazer:

1. Todo dia, liste as autorizações que vencem nos próximos dias sem atendimento realizado e avise a agenda.
2. Em internações, acompanhe as diárias autorizadas e peça a prorrogação antes de acabarem, com relatório médico atualizado.
3. Em tratamentos seriados, controle as sessões realizadas contra as autorizadas e peça a continuidade antes de acabar.

Atenção: prorrogação pedida depois que as diárias acabaram costuma ser negada ou glosada. O pedido tem que ser antecipado.

> **Resultado:** nenhuma senha vencida nem diária sem cobertura.

10 Entregar ao atendimento e ao faturamento

Para que serve: a autorização só protege a receita se chegar à guia que será faturada.

Como fazer:

1. Registre a senha no atendimento do paciente no sistema, no campo próprio.
2. Deixe o comprovante da autorização disponível para o faturamento e para o recurso de glosa.
3. No fim do mês, confira com o faturamento as glosas do grupo autorização e as causas.

> **Resultado:** senha no atendimento, comprovante arquivado e causas de glosa revisadas.

Rotina do analista de autorização

Frequência	O que fazer
Várias vezes ao dia	Receber pedidos, enviar solicitações, consultar status, conferir autorizações recebidas.
Diária	Revisar validades e prorrogações; cobrar pedidos parados; avisar a agenda sobre pendências do dia seguinte.
Semanal	Revisar a tabela de procedimentos que exigem autorização, por operadora.
Mensal	Indicadores: tempo médio de resposta, taxa de negativa por operadora e glosas por autorização.

Erros mais comuns de quem está começando

- Não conferir se a autorização veio igual ao que foi pedido.
- Deixar de pedir autorização para material ou medicamento de um procedimento que não exige.
- Não registrar a validade da senha.
- Pedir prorrogação depois que as diárias acabaram.
- Solicitar quantidade menor do que será executada.
- Pedir por telefone sem anotar o protocolo.

Checklist de conclusão do treinamento

- [ ] Recebo todos os pedidos por um canal único e registro no controle.
- [ ] Sei consultar quais procedimentos e materiais exigem autorização em cada operadora.
- [ ] Confiro o pedido médico e a justificativa antes de enviar.
- [ ] Escolho a guia de solicitação certa e os anexos necessários.
- [ ] Registro protocolo, data e hora de cada envio.
- [ ] Acompanho os prazos de resposta e cobro a operadora quando passam.
- [ ] Comparo item por item o autorizado com o pedido.
- [ ] Sei tratar negativas e pendências e comunicar a agenda e o médico.
- [ ] Controlo validades, sessões e prorrogações antes de vencerem.
- [ ] Registro a senha no atendimento e arquivo o comprovante.

Para aprofundar

- Trilha de treinamento em autorização
- Glossário: autorização prévia e senha de autorização
- Códigos de glosa de autorização (14xx)
- Manual das guias TISS

Referências: ANS, Resolução Normativa nº 566/2022 (prazos máximos de atendimento); ANS, Padrão TISS 4.03.00 (guias de solicitação, anexos e prorrogação); 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/solicitacao-e-controle-de-autorizacoes/