Curso Gestão de Glosas e Auditoria de Contas Médicas

ADLAS
CURSOS ONLINE

NOME DO CURSO: Gestão de Glosas e Auditoria de Contas Médicas

O curso de Gestão de Glosas e Auditoria de Contas Médicas aborda de forma aprofundada o controle financeiro, faturamento hospitalar e conformidade regulatória no setor de saúde suplementar e pública. O participante dominará metodologias de análise documental, codificação de procedimentos, padronização TISS e TUSS, além de estratégias avançadas para a prevenção e recurso de glosas assistenciais, administrativas e técnicas. O conteúdo prepara o aluno para gerenciar fluxos operacionais, otimizar a receita de prestadores de serviços de saúde e alinhar as práticas assistenciais às resoluções vigentes do Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ao longo das aulas, são apresentados modelos práticos de auditoria preventiva, concorrente e retrospectiva, focando na sustentabilidade financeira e no cumprimento rigoroso da legislação da saúde.

#auditoriamedica #gestaodeglosas #faturamentohospitalar #contasmedicas #saudesuplementar #gestaohospitalar #regulamentacaoANS #padraoTISS #tabelaTUSS #direitomedico

O QUE VOCÊ VAI APRENDER:

Fundamentos regulatórios, éticos e legais da auditoria de contas médicas na saúde pública e suplementar.

Estruturação e operacionalização do ciclo completo de faturamento hospitalar e ambulatorial.

Aplicação prática de tabelas de codificação assistencial, como TUSS, CBHPM, SIMPRO e BRASINDICE.

Metodologias de identificação, classificação e prevenção de glosas administrativas, técnicas e assistenciais.

Técnicas de auditoria prévia, concorrente e retrospectiva aplicadas ao prontuário paciente.

Estratégias operacionais e fundamentação técnica para a elaboração de recursos de glosas eficientes.

Gestão e auditoria especializada em Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

Alinhamento de processos às normas da ANS, resoluções do CFM, COFEN e Padrão TISS/TUSS.

Utilização de indicadores de desempenho assistencial e financeiro para mitigação de perdas operacionais.

Tecnologias, automação de processos e inteligência de dados aplicadas ao faturamento e à auditoria em saúde.

PÚBLICO-ALVO:

Médicos e enfermeiros que atuam ou desejam atuar como auditores em operadoras de planos de saúde ou prestadores.

Gestores hospitalares, diretores técnicos e administradores de clínicas e unidades de atendimento à saúde.

Profissionais do setor de faturamento, recebimento de contas, conciliação financeira e recurso de glosas.

Analistas de contas médicas, auditores administrativos e reguladores do sistema de saúde suplementar.

Consultores de gestão em saúde, advogados especialistas em Direito Médico e regulamentação sanitária.

Estudantes de pós-graduação e profissionais de tecnologia focados em soluções para a cadeia de valor da saúde.

Módulo 1: Introdução à Auditoria em Saúde e Arquitetura do Sistema

Aula 1.1: Histórico e Evolução da Auditoria Médica no Brasil

A história da auditoria médica no Brasil reflete a transição de um modelo meramente fiscalizatório para uma prática estruturada de gestão da qualidade assistencial e sustentabilidade econômica. Inicialmente vinculada às conferências contábeis no âmbito público com o surgimento da previdência social, a auditoria em saúde ganhou contornos normativos expressivos a partir da Lei Orgânica da Saúde e da consolidação do Sistema Nacional de Auditoria no SUS. No setor privado, a proliferação das operadoras de planos de saúde nas últimas décadas exigiu a criação de mecanismos capazes de avaliar a pertinência técnica e a adequação financeira dos atos praticados pelos prestadores.

A evolução regulatória estabeleceu marcos decisivos, delimitando as atribuições dos profissionais envolvidos. O aperfeiçoamento das normas pelo Conselho Federal de Medicina consolidou a auditoria médica como ato privativo do médico, focado na avaliação da conduta clínica, na pertinência diagnóstica e terapêutica e na conformidade com a literatura técnica e diretrizes vigentes. Paralelamente, a normatização da auditoria de enfermagem fortaleceu o controle dos registros assistenciais e do uso

de insumos, estruturando a auditoria multiprofissional moderna. Esse contexto histórico demonstra que a auditoria deixou de ser uma barreira burocrática para se transformar em um elo estratégico entre a segurança do paciente e a liquidez dos serviços de saúde.

Aula 1.2: Estrutura da Saúde Suplementar e Relação entre Prestadores e Operadoras

A arquitetura do sistema de saúde suplementar no Brasil é composta por um ecossistema complexo onde interagem operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços assistenciais, beneficiários e o órgão regulador estatal. As operadoras atuam na gestão de risco financeiro e assistencial, enquanto os prestadores hospitalares, clínicas e laboratórios executam a assistência direta aos pacientes. O equilíbrio dessa relação depende da construção de contratos robustos, nos quais devem estar claramente estabelecidas as regras de credenciamento, os modelos de remuneração, os prazos de envio de contas e os fluxos de análise documental.

As assimetrias de informação entre operadoras e prestadores historicamente geram pontos de fricção que resultam no atraso de pagamentos e no surgimento de glosas. As operadoras buscam o controle de custos através da verificação de pertinência técnica, enquanto os prestadores dependem do fluxo de caixa previsível para manter suas operações. O entendimento detalhado das dinâmicas contratuais, tais como modalidades de contratação por credenciamento, redes próprias ou contratualização direta, torna-se indispensável para os profissionais que gerenciam a receita hospitalar e para os auditores que analisam a legalidade das cobranças apresentadas.

Aula 1.3: Arcabouço Regulatório: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar desempenha o papel central na normatização, controle e fiscalização do mercado de planos privados de assistência à saúde. Instituída pela legislação federal para regular o setor, a agência estabelece as diretrizes de cobertura assistencial mínima por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, regulando a relação de consumo e garantindo a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do mercado. A atuação da agência afeta diretamente os processos de faturamento e auditoria, pois define quais tecnologias, exames e tratamentos possuem cobertura obrigatória para cada segmentação contratual.

Além da definição de coberturas, as normativas da agência disciplinam o envio de informações econômico-financeiras e operacionais pelas operadoras. Resoluções normativas específicas detalham as regras de contratualização entre operadoras e prestadores, impondo cláusulas obrigatórias sobre reajuste, prazos de pagamento, regras para a aplicação de glosas e procedimentos para interposição de recursos. O conhecimento das determinações da agência permite ao auditor e ao faturista identificar exigências abusivas ou descumprimentos contratuais, assegurando que as transações ocorram sob estrita conformidade regulatória.

Aula 1.4: Ética e Legislação Aplicada à Auditoria Médica e de Enfermagem

A prática da auditoria em saúde está subordinada a princípios éticos e regulamentações profissionais rígidas expedidas pelos conselhos de classe. As diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina asseguram que o auditor médico preserve o sigilo profissional, respeite a

autonomia do médico assistente e fundamente suas decisões estritamente na evidência científica e no contrato firmado. A atuação do auditor não deve interferir no ato médico assistencial direto no momento de sua execução, sendo vedado alterar prescrições ou condutas sem o devido alinhamento com o profissional responsável pelo atendimento.

No âmbito da enfermagem, os regulamentos emitidos pelo Conselho Federal de Enfermagem normatizam a atuação do enfermeiro auditor, conferindo-lhe a prerrogativa de avaliar os registros de enfermagem, o dimensionamento de insumos e a qualidade dos cuidados prestados. É indispensável o respeito mútuo e o trabalho integrado entre médicos e enfermeiros auditores, visto que a análise de uma conta hospitalar exige a convergência dos aspectos clínicos e assistenciais. A observância do sigilo das informações do prontuário, garantida pela Lei Geral de Proteção de Dados e pelos códigos de ética profissional, constitui dever inegociável de todos os agentes do processo de auditoria.

Aula 1.5: Tipologias de Auditoria: Preventiva, Concorrente e Retrospectiva

A auditoria em saúde se divide metodologicamente em três grandes fases operacionais: preventiva, concorrente e retrospectiva. A auditoria preventiva ou prévia ocorre antes da realização do procedimento, focando na análise das solicitações de exames, internações e cirurgias de alta complexidade. Seu objetivo é verificar a elegibilidade do paciente, a cobertura contratual e a pertinência da indicação clínica frente às diretrizes da agência reguladora, evitando autorizações inadequadas e custos desnecessários antes que o serviço seja prestado.

A auditoria concorrente é realizada durante a internação do paciente, por meio do acompanhamento à beira do leito e da revisão diária do

prontuário. Esse modelo permite identificar falhas na assistência em tempo real, otimizar o tempo de permanência hospitalar e garantir a alocação adequada de recursos. Por fim, a auditoria retrospectiva é conduzida após a alta alta do paciente e o encerramento da conta hospitalar. Nessa fase, analisam-se os lançamentos financeiros, a checagem de medicamentos, o uso de equipamentos e as taxas cobradas contra os registros em prontuário, identificando incorreções antes do envio da fatura ou fundamentando os ajustes a serem realizados no processo de liquidação da conta.

Módulo 2: O Ciclo de Faturamento Hospitalar e Ambulatorial

Aula 2.1: Mapeamento do Processo de Faturamento: Da Admissão à Quitação

O ciclo de faturamento hospitalar é um processo contínuo que se inicia no momento em que o paciente dá entrada na instituição de saúde e termina com a quitação financeira do débito pela operadora de plano de saúde. Na fase admissional, a recepção e o cadastro são cruciais para a validação dos dados cadastrais, verificação da vigência da carteira de beneficiário e obtenção de autorizações prévias para consultas ou internações. Inconsistências cometidas nessa etapa inicial reverberam negativamente em todo o fluxo, gerando glosas administrativas intransponíveis.

Ao longo do atendimento, a geração de encargos ocorre em múltiplos pontos da instituição, tais como farmácia, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e laboratórios. O correto fluxo de lançamentos dos serviços prestados e insumos utilizados garante a integridade da conta hospitalar. Após a alta do paciente, a conta passa pela conferência do faturamento, auditoria interna, montagem do dossiê com relatórios

assistenciais e emissão do guia XML para envio à operadora. O acompanhamento rigoroso de cada etapa deste mapeamento reduz drasticamente o tempo médio de recebimento e impede a perda de receitas por extravio documental ou estouro de prazos.

Aula 2.2: Recepção, Elegibilidade e Autorização Prévia de Procedimentos

A verificação de elegibilidade e a gestão das autorizações prévias constituem a primeira linha de defesa contra o não pagamento de contas hospitalares. A elegibilidade consiste na confirmação formal de que o paciente está ativo junto à operadora de plano de saúde, com a carência cumprida e sem restrições contratuais para o procedimento indicado. As falhas no processo de checagem da elegibilidade expõem o prestador ao risco imediato de arcar com o custo integral do atendimento prestado a beneficiários suspensos ou inadimplentes.

A autorização prévia é o consentimento emitido pela operadora para a execução de tratamentos cirúrgicos, exames de alta complexidade e internações eletivas. A gestão eficiente desse processo exige que a equipe administrativa solicite as guias com antecedência hábil, anexando relatórios médicos detalhados, exames comprobatórios e a justificativa para a utilização de materiais específicos. A execução de procedimentos eletivos sem a devida guia de autorização assinada ou validadas por token eletrônico configura falha grave de processo, sendo uma das causas primárias de glosas administrativas definitivas praticadas pelas operadoras.

Aula 2.3: Lançamento de Gastos: Diárias, Taxas, Medicamentos e Materiais

O lançamento preciso das diárias hospitalares, taxas de salas, medicamentos e materiais consumidos no atendimento exige rigor operacional e integração dos sistemas de informação hospitalar. As diárias representam o custo da acomodação e da infraestrutura assistencial, devendo ser cobradas estritamente de acordo com o tipo de leito ocupado e o horário estipulado em contrato. A cobrança incorreta de diárias de UTI no lugar de leitos de enfermaria, por exemplo, gera inconsistências imediatas nas auditorias das contas.

As taxas de uso de equipamentos, tais como microscópios cirúrgicos, arcos cirúrgicos e salas de recuperação pós-anestésica, devem estar vinculadas ao tempo real de utilização documentado em folha de sala ou relatório do anestesiologista. No que tange aos medicamentos e materiais de consumo corrente, o faturamento deve espelhar com exatidão as prescrições médicas e os aprazamentos de enfermagem. A divergência entre o quantitativo dispensado pela farmácia central e o quantitativo efetivamente administrado e checado na folha de controle de enfermagem resulta no cancelamento do item cobrado por ausência de comprovação assistencial.

Aula 2.4: Auditoria Interna de Pré-Faturamento (Pré-Auditoria)

A auditoria interna de pré-faturamento, conduzida no âmbito do próprio prestador de serviços de saúde, atua como um filtro preventivo de inconsistências antes que a conta hospitalar seja formalmente enviada à operadora. Nesse processo, auditores internos e faturistas revisam criticamente o dossiê da conta, confrontando os itens lançados no sistema com as anotações do prontuário médico e de enfermagem. A verificação abrange a checagem das guias de autorização, os laudos de exames complementares, a prescrição médica e a evolução assistencial.

A atuação eficiente da pré-auditoria reduz a incidência de erro humano nos lançamentos operacionais, permitindo a correção tempestiva de omissões ou excessos. Caso um procedimento cirúrgico tenha sido realizado, mas a folha de sala não conste no prontuário, a equipe de pré-faturamento retém a conta temporariamente até a inclusão do documento exigido. Esse controle interno rigoroso minimiza o envio de faturas com vícios de instrução documental, diminuindo o índice de glosas na origem e otimizando o indicador de prazo médio de recebimento da instituição.

Aula 2.5: Envio e Protocolo de Contas: Guias Físicas e Meios Eletrônicos

A etapa final do ciclo de faturamento no prestador consiste na consolidação das contas e no seu formal envio à operadora de plano de saúde. Com o avanço da tecnologia e da normatização regulatória, o envio físico de caixas com papéis e guias impressas vem sendo substituído progressivamente pela transmissão de arquivos eletrônicos estruturados no Padrão TISS. O processo exige a validação prévia dos arquivos XML através de softwares de faturamento para garantir a ausência de erros de schema ou campos obrigatórios não preenchidos.

O protocolo de entrega, seja ele físico ou digital, gera a comprovação formal do recebimento da fatura pela operadora, marcando o início da contagem do prazo contratual para análise e quitação do pagamento. A gestão dos protocolos eletrônicos deve ser mantida sob monitoramento constante, pois a rejeição de um lote de arquivos XML no portal da operadora por incompatibilidade de formato retarda todo o ciclo financeiro. A organização metódica dos comprovantes de envio e a verificação dos recibos de validação protegem o prestador contra alegações de perda de prazos contratuais de cobrança.

Módulo 3: Padronização TISS e TUSS na Saúde Suplementar

Aula 3.1: O Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar): Regras e Diretrizes

O Padrão TISS foi estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com a finalidade de padronizar as trocas eletrônicas de dados administrativos, financeiros e assistenciais entre os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde. A padronização visa reduzir o volume de erros operacionais, eliminar a duplicidade de informações, acelerar o processamento de contas e permitir a geração de dados estatísticos confiáveis sobre o setor de saúde suplementar no Brasil.

O TISS é estruturado em diferentes componentes, englobando aspectos organizacionais, de conteúdo e estrutura, de representação de conceitos, de segurança e privacidade, e de comunicação. O componente de comunicação define as regras para a transferência dos arquivos digitais via webservices ou portais de transmissão, exigindo a adoção de protocolos rígidos de segurança. O cumprimento integral das diretrizes do TISS é mandatório para todos os agentes da saúde suplementar, tornando o domínio dessa arquitetura indispensável para faturistas e auditores na identificação de incorreções técnicas na transmissão das faturas.

Aula 3.2: Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS): Estrutura e Tabelas

A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) integra o componente de representação de conceitos do Padrão TISS, consolidando o conjunto de códigos e descrições padronizados para os procedimentos, exames, taxas, diárias, medicamentos, materiais e OPME praticados no setor. A TUSS eliminou a anarquia cadastral anteriormente

existente, na qual cada operadora adotava tabelas próprias de codificação, dificultando imensamente a interoperabilidade dos sistemas e a gestão das faturas pelos prestadores.

A estrutura da TUSS é subdividida em tabelas específicas organizadas por categorias de insumos e procedimentos. Cada item possui um código numérico de oito dígitos associado a uma descrição padronizada indiscutível. O faturamento e a auditoria de contas devem ser operados sob rigoroso alinhamento com essas tabelas vigentes. O uso de códigos descontinuados ou a alteração arbitrária da nomenclatura de um procedimento resulta na rejeição automática do item pelos validadores eletrônicos das operadoras, gerando glosas por inconsistência de cadastro TUSS.

Aula 3.3: Mapeamento de Depara entre Tabelas Próprias, CBHPM e TUSS

A transição das instituições de saúde para a adoção plena da TUSS exige um trabalho sistemático e contínuo de mapeamento de codificação, conhecido no mercado como processo de De-Para. Muitas instituições e operadoras mantêm suas tabelas históricas de negociação ou utilizam como referência as edições da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). O mapeamento consiste em correlacionar com exatidão o código interno do prestador ou a tabela de origem ao respectivo código correspondente na tabela TUSS oficial da ANS.

Um mapeamento De-Para incorreto desencadeia falhas recorrentes de faturamento, onde o procedimento efetivamente realizado e autorizado sob um código específico é transmitido sob outro código equivalente, porém não reconhecido no contrato com a operadora. O auditor de contas

médicas deve possuir expertise na análise de tabelas cruzadas para identificar se a divergência apresentada na fatura decorre de erro na regra de conversão dos sistemas operacionais ou de efetiva indevida cobrança, orientando a equipe de tecnologia da informação na atualização das matrizes de equivalência do software hospitalar.

Aula 3.4: Estrutura dos Arquivos XML TISS: Lotes, Guias e Erros de Schema

Os dados financeiros e assistenciais das contas médicas são trafegados entre prestadores e operadoras na forma de arquivos eletrônicos formatados em linguagem XML, seguindo os esquemas normatizados pelo Padrão TISS. Um arquivo XML TISS possui uma estrutura hierárquica bem definida, composta por cabeçalhos de identificação, dados do prestador, dados do beneficiário, lote de guias e o detalhamento individualizado de todos os procedimentos, materiais e medicamentos cobrados com seus respectivos valores unitários e totais.

CURSOS ONLINE

Os erros de schema ocorrem quando a estrutura do arquivo XML gerado pelo prestador viola as regras sintáticas ou estruturais estabelecidas na versão vigente do TISS imposta pela agência reguladora. Esses erros incluem o esquecimento de campos de preenchimento obrigatório, formatação incorreta de datas, uso de caracteres inválidos ou inversão na ordem das tags XML. A ocorrência de um erro de schema impede a importação do lote inteiro pela operadora, provocando a rejeição imediata da fatura na fase de recepção eletrônica antes mesmo de ser submetida à auditoria de mérito.

Aula 3.5: Atualizações da ANS e Gestão de Versões do Padrão TISS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar promove atualizações periódicas no Padrão TISS e nas tabelas da TUSS com o objetivo de incorporar novas tecnologias médicas, adequar regras operacionais e descontinuar procedimentos obsoletos. Essas atualizações ocorrem por meio da publicação de componentes operacionais e tabelas atualizadas no portal regulatório, com prazos pré-determinados para que prestadores de serviços de saúde e operadoras adaptem seus softwares e processos internos.

A gestão de versões do Padrão TISS requer vigilância constante por parte das equipes de faturamento e tecnologia hospitalar. O atraso na implementação de uma nova versão do schema XML ou a manutenção de códigos TUSS já revogados na base de dados do prestador resulta na rejeição em massa de arquivos transmitidos. O auditor e o faturista sênior devem acompanhar o calendário regulatório de publicações da agência, assegurando que o sistema hospitalar esteja parametrizado na versão correta dentro do prazo limite estipulado pela regulamentação.

ADLAS CURSOS ONLINE

Módulo 4: Classificação e Tipologia Avançada de Glosas

Aula 4.1: Definição, Conceito e Impacto Financeiro das Glosas nas Instituições

A glosa pode ser definida como o cancelamento, a recusa ou a não aprovação parcial ou total de itens de uma fatura hospitalar ou ambulatorial apresentada por um prestador de serviços a uma operadora de plano de saúde. A retenção do valor cobrado ocorre quando a operadora identifica desconformidades contratuais, irregularidades na documentação assistencial, ausência de autorização prévia ou cobranças em desacordo com as tabelas operacionais vigentes.

O impacto financeiro das glosas na saúde é profundo, comprometendo o fluxo de caixa, a margem operacional e a previsibilidade financeira dos hospitais e clínicas. Além do valor financeiro retido diretamente, a glosa gera expressivos custos operacionais indiretos decorrentes da necessidade de reprocessamento, reanálise de prontuários, elaboração de recursos administrativos e renegociações tardias. Instituições de saúde com elevados índices de glosa sofrem degradação de sua saúde financeira e comprometimento de sua capacidade de investimento na modernização assistencial.

Aula 4.2: Glosas Administrativas: Causas, Erros de Cadastro e Prazos Contratuais

As glosas administrativas constituem a categoria de recusados motivada por erros de preenchimento, falhas operacionais, divergências cadastrais e descumprimento de cláusulas formais previstas no contrato de prestação de serviços. Entre as causas mais frequentes destacam-se a ausência de autorização prévia para o procedimento, matrícula do beneficiário informada com digitação incorreta, paciente suspenso ou fora da cobertura do plano no dia do atendimento e envio da fatura fora do prazo contratualmente estabelecido.

Outra causa comum de glosa administrativa refere-se ao envio de guias sem a devida assinatura do paciente ou do profissional executante, bem como a ausência de documentos obrigatórios anexados ao lote, como o laudo de exames de alta complexidade ou o relatório de urgência. Como essa tipologia de glosa não guarda relação com a pertinência técnica dos procedimentos prestados, a sua ocorrência revela fragilidades nos processos operacionais e administrativos da recepção e do faturamento

do prestador, devendo ser erradicada através do treinamento de equipes e automação da validação cadastral.

Aula 4.3: Glosas Técnicas: Inconsistências Assistenciais, Prontuários e Prescrições

As glosas técnicas ocorrem quando a operadora de saúde questiona a conta com base na falta de comprovação assistencial, incoerências nos registros médicos e de enfermagem ou ausência de fundamentação técnica nos documentos que instruem a fatura. A principal fonte de sustentação para a aplicação de uma glosa técnica é o prontuário do paciente. Se um medicamento de alto custo foi cobrado na conta hospitalar, mas a sua prescrição médica não consta no prontuário ou não há a devida checagem da equipe de enfermagem, a operadora realiza o cancelamento do item por ausência de comprovação da execução.

Essa categoria de glosa também se aplica quando ocorrem divergências significativas entre o boletim anestésico e a folha de descrição cirúrgica, como contradições no tempo de duração da cirurgia, porte do procedimento efetuado ou quantidade de profissionais participantes na equipe. A prevenção de glosas técnicas exige a conscientização continuada dos profissionais assistenciais sobre a relevância legal do prontuário médico, reforçando a premissa de que todo procedimento realizado sem a devida anotação formal é considerado, para fins de auditoria, como não executado.

Aula 4.4: Glosas Assistenciais e Pertinência Clínica de Insumos e Procedimentos

As glosas assistenciais derivam da contestação da pertinência clínica de exames, terapias, diárias de UTI ou materiais utilizados durante o

tratamento do paciente. Nesse cenário, o auditor da operadora argumenta que o procedimento realizado ou o insumo aplicado divergia dos protocolos clínicos consagrados, não possuía indicação científica clara para o quadro diagnóstico do paciente ou apresentava um caráter de superdimensionamento dos recursos assistenciais empregados.

A análise dessas glosas é de elevada complexidade e exige o confronto direto entre a literatura médica baseada em evidências e a justificativa clínica apresentada pelo médico assistente. Temas como a prorrogação injustificada de diárias em Unidades de Terapia Intensiva para pacientes estabilizados, a solicitação excessiva de exames laboratoriais de rotina sem alteração do quadro clínico e o uso indevido de tecnologias de alto custo constituem os focos centrais de debates assistenciais entre prestadores e auditores reguladores.

Aula 4.5: Matriz de Qualificação de Glosas: Indicadores de Retenção e Glosa Efetiva

Para gerenciar o impacto dos indeferimentos nas contas médicas, as instituições de saúde adotam a Matriz de Qualificação de Glosas, ferramenta analítica que categoriza o comportamento das glosas sob a ótica da recuperabilidade e do tempo de ciclo de recurso. A matriz separa o índice de glosa inicial (total retido no momento do primeiro pagamento da fatura) da chamada glosa efetiva ou definitiva, que representa o valor definitivamente perdido após esgotadas todas as instâncias de recurso administrativo.

A medição sistemática das glosas por meio de indicadores estatísticos permite identificar a origem das falhas por setor, convênio, tipo de procedimento e profissional envolvido. Taxas elevadas de glosa inicial com

baixa recuperação no recurso indicam problemas graves de documentação assistencial; por outro lado, altas taxas de reversão no recurso demonstram que a operadora aplica glosas indevidas ou que o prestador instrui mal as contas no envio inicial, sobrecarregando a equipe de recursos. A análise dessa matriz orienta planos de ação focados na melhoria contínua dos processos institucionais.

Módulo 5: Auditabilidade de Prontuários e Registros de Enfermagem

Aula 5.1: O Prontuário Médico como Documento Legal e Auditoria Assistencial

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e legíveis destinados a registrar os cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Sob a ótica jurídica e regulatória, o prontuário possui valor probatório pleno, funcionando como a representação fiel da assistência executada e a principal fonte de dados para a auditoria de contas médicas. Um prontuário incompleto, rasurado ou omisso compromete a defesa do ato médico e inviabiliza a comprovação financeira das cobranças efetuadas pelo prestador.

A auditabilidade do prontuário exige que todos os lançamentos contenham data, hora, assinatura e número do registro no conselho de classe do profissional responsável. Os auditores examinam a coerência cronológica entre o relato clínico, os exames solicitados, os diagnósticos hipotéticos ou definitivos e os procedimentos propostos. Lacunas no preenchimento da evolução médica ou descrições genéricas inviabilizam a fundamentação da permanência hospitalar, tornando a conta vulnerável a questionamentos por falta de respaldo documental.

Aula 5.2: Anotações de Enfermagem, Checagem de Prescrição e Folha de Sala

As anotações e evoluções de enfermagem constituem a espinha dorsal da comprovação assistencial diária, documentando o cuidado continuado prestado ao paciente nas vinte e quatro horas do dia. A checagem da prescrição médica realizada pela enfermagem e a folha de sala cirúrgica são os instrumentos fundamentais examinados pela auditoria técnica para a validação do consumo de medicamentos, materiais descartáveis e gases medicinais.

A checagem deve refletir rigorosamente o horário de administração dos fármacos. O lançamento de medicamentos de alto custo na conta hospitalar sem a correspondente checagem na folha de prescrição, ou com checagem rasurada sem a devida justificativa no relatório de enfermagem, enseja a glosa imediata do item por descumprimento dos critérios de auditoria. Da mesma forma, a folha de sala do centro cirúrgico deve conter o registro minucioso dos tempos cirúrgicos e anestésicos, do uso de equipamentos especiais e da contagem detalhada de compressas e materiais utilizados no campo operatório.

Aula 5.3: Descrição Cirúrgica e Boletim Anestésico: Análise de Porte e Tempos

A descrição cirúrgica redigida pelo cirurgião e o boletim anestésico elaborado pelo anestesiologista são documentos cruciais para a auditoria de procedimentos de intervenção invasiva. A descrição cirúrgica deve detalhar a via de acesso, a técnica empregada, os achados operatórios, os procedimentos efetivamente realizados e a relação de profissionais que compuseram a equipe médica. A ausência de detalhamento quanto ao

número de incisões ou vias de acesso utilizadas impede a correta valoração do porte cirúrgico e o pagamento de procedimentos múltiplos realizados no mesmo ato.

O boletim anestésico é o documento legal que comprova o tipo de anestesia ministrada, o porte anestésico, o monitoramento dos parâmetros vitais e o tempo de duração da anestesia. A auditoria confronta o tempo relatado no boletim anestésico com o tempo de permanência do paciente na sala cirúrgica e a taxa de uso de monitores e ventiladores. Divergências entre o tempo anestésico e a cobrança de taxas de sala são identificadas pela auditoria como inconsistências de lançamento, exigindo a retificação ou a justificativa formal por parte do hospital.

Aula 5.4: Prescrição Médica e a Rastreabilidade de Medicamentos de Alto Custo

A prescrição médica é o documento formal por meio do qual o médico determina as terapias farmacológicas, dietas, cuidados especiais e exames a serem aplicados ao paciente. No âmbito da auditoria, a prescrição atua como a autorização primária para o gasto com medicamentos. No caso de medicamentos de alto custo, como quimioterápicos, imunobiológicos e antibióticos de espectro ampliado, a exigência de rastreabilidade e justificativa técnica é ainda mais rigorosa.

A rastreabilidade exige que a conta hospitalar comprove não apenas a prescrição do fármaco, mas o seu percurso completo dentro da instituição: a requisição à farmácia central, o laudo de manipulação em centrais de misturas estéreis, a checagem da infusão ao paciente e a identificação do lote e validade do produto. O auditor avalia se a dosagem prescrita é condizente com o peso e superfície corporal do paciente e se a indicação

terapêutica está alinhada às diretrizes de utilização da agência reguladora ou ao compêndio da bula, promovendo a glosa em situações de uso fora das especificações regulatórias sem prévia anuência da operadora.

Aula 5.5: Auditoria do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e Assinatura Digital

A migração dos prontuários em papel para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) trouxe avanços significativos para a integridade, rastreabilidade e auditabilidade dos registros de saúde. O PEP elimina problemas históricos de ilegibilidade de caligrafia e rasuras, permitindo o registro em tempo real das ações assistenciais com marcação temporal automatizada e infalsificável.

A segurança jurídica dos lançamentos no PEP é garantida pelo uso de certificados digitais no padrão ICP-Brasil, assegurando a autenticidade, a integridade e o não repúdio dos documentos clínicos elaborados por médicos e enfermeiros. A auditoria em sistemas eletrônicos exige a concessão de acessos perfis de leitura aos auditores credenciados, permitindo a visualização dos logs de alterações e dos históricos de checagem. Contas instruídas com impressões de prontuários eletrônicos sem a devida validação de assinatura digital ou sem rastro de auditoria no sistema estão sujeitas a contestação legal durante as revisões de faturamento.

Módulo 6: Tabelas Financeiras e Remuneração de Serviços Médicos

Aula 6.1: Tabela AMB 90, 92, 96, 99 e a Transição para a CBHPM

A história da valoração dos honorários médicos no Brasil é marcada pela evolução de tabelas de codificação e valoração desenvolvidas pela

Associação Médica Brasileira (AMB) em parceria com as sociedades de especialidades. As edições históricas da Tabela AMB fixavam os portes dos procedimentos e os quantitativos de Unidades de Serviço (US) ou CH (Coeficiente de Honorários), os quais eram multiplicados por um valor monetário negociado entre médicos e operadoras.

A complexidade e a defasagem das edições antigas da AMB motivaram o desenvolvimento da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). A CBHPM estabeleceu uma metodologia baseada no porte de trabalho médico e no custo operacional dos procedimentos, estruturando os atos médicos em catorze portes subdivididos em três subportes. O auditor deve dominar o histórico dessas tabelas, pois muitos contratos vigentes na saúde suplementar ainda utilizam edições antigas da AMB como base parametrizada de cálculo ou adotam a CBHPM com defasagens ou percentuais de adequação contratados.

Aula 6.2: A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é a principal referência nacional para a hierarquização e valoração dos atos médicos na saúde suplementar. Estruturada pela Associação Médica Brasileira e pelas Sociedades Brasileiras de Especialidades, a CBHPM classifica os procedimentos de acordo com a complexidade técnica, o tempo de execução, o desgaste físico e mental do profissional e o nível de responsabilidade exigido no ato cirúrgico ou clínico.

Cada procedimento na CBHPM possui atribuído um Porte Médico (exemplo: 1A a 14C) e, quando aplicável, um Custo Operacional, destinado a remunerar a infraestrutura, equipamentos e insumos necessários para a realização do ato em ambiente ambulatorial ou hospitalar. A auditoria de honorários médicos baseada na CBHPM requer a correta aplicação dos deflatores e inflatores previstos na norma, tais como o percentual de acréscimo para procedimentos realizados em regime de urgência/emergência ou o desconto aplicado em procedimentos cirúrgicos realizados pela mesma via de acesso.

Aula 6.3: Regras para Cobrança de Procedimentos Múltiplos e Vias de Acesso

A valoração de honorários médicos no caso de cirurgias múltiplas executadas no mesmo ato anestésico obedece a regras contratuais e metodológicas estritas para evitar a duplicidade de remuneração da infraestrutura e dos tempos de início e encerramento cirúrgico. A regra geral consagrada nas tabelas de honorários e na regulação estabelece que o procedimento de maior porte cirúrgico é remunerado a 100% de seu valor contratado.

Quando procedimentos adicionais são realizados pelo mesmo cirurgião e através da mesma via de acesso cirúrgico, os honorários dos procedimentos secundários sofrem redução percentual regulamentada (geralmente calculada em 50% do valor do procedimento para o segundo ato e percentuais menores para os subsequentes). Caso a cirurgia exija vias de acesso cirúrgico totalmente distintas e independentes, o percentual de remuneração do segundo procedimento é superior (frequentemente 70% ou 80%). A auditoria confronta a descrição cirúrgica com o mapa de

cobrança para garantir que cirurgias realizadas pela mesma incisão não sejam faturadas como vias de acesso diferentes.

Aula 6.4: Honorários Médicos, Auxiliares de Cirurgia e Porte Anestésico

O faturamento da equipe cirúrgica envolve não apenas a remuneração do cirurgião principal, mas também dos médicos auxiliares de cirurgia e do médico anestesiologista. O número de auxiliares com direito a remuneração em um ato cirúrgico é determinado rigorosamente pela tabela de procedimentos adotada no contrato (CBHPM ou AMB) para o porte do procedimento realizado. A inclusão de auxiliares extras além do limite estipulado em tabela exige prévia justificativa técnica na descrição cirúrgica ou autorização prévia formal da operadora.

A remuneração do primeiro auxiliar equivale normalmente a 30% dos honorários do cirurgião principal, enquanto o segundo e terceiro auxiliares recebem, via de regra, 20% cada um. Os honorários do anestesiologista são calculados com base no Porte Anestésico (graduado de 0 a 8) atribuído ao procedimento cirúrgico na tabela de referência. O auditor deve verificar a exatidão das frações aplicadas aos auxiliares e conferir se o porte anestésico cobrado corresponde ao teto estabelecido para o procedimento primário efetuado.

Aula 6.5: Valoração de Diárias Hospitalares, Taxas de Sala e Equipamentos

As diárias hospitalares visam remunerar os serviços de hotelaria, enfermagem geral, higiene e infraestrutura física oferecidos ao paciente internado. A cobrança de diárias é segmentada por tipos de acomodação: enfermaria, apartamento individual, leito de isolamento, UTI adulto, UTI pediátrica e neonatal. As diárias de terapia intensiva possuem valores

diferenciados devido à alta densidade tecnológica e exigência de equipe multidisciplinar especializada contínua.

As taxas de uso de sala cirúrgica e de equipamentos são faturadas com base no tempo de permanência e no porte da estrutura necessária para a realização do ato médico. A valoração dessas taxas deve respeitar o contrato firmado entre prestador e operadora, o qual pode estipular valores fixos por porte de sala ou cobrança por hora de utilização. A auditoria deve checar o horário de entrada e saída do paciente da sala cirúrgica gravado no boletim anestésico e comparar com o quantitativo de horas faturado na conta, reprimindo cobranças de horas excedentes sem respaldo documental.

Módulo 7: Precificação e Auditoria de Medicamentos e Materiais

Aula 7.1: A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e o PMVF/PMC

A precificação e a comercialização de medicamentos no Brasil são estritamente reguladas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial encarregado do controle normativo dos preços de fármacos. A CMED estabelece dois limites tarifários fundamentais que orientam o mercado farmacêutico e o faturamento hospitalar: o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), além do Preço Fábrica (PF).

O Preço Fábrica (PF) representa o teto de preço pelo qual a indústria farmacêutica ou os distribuidores podem comercializar os medicamentos para hospitais, clínicas e operadoras de saúde. O Preço Máximo ao Consumidor (PMC) é o limite estipulado para a venda ao consumidor final nas farmácias comunitárias. Nas transações da saúde suplementar, os

contratos entre prestadores e operadoras fixam o Preço Fábrica como teto de referência para o reembolso ou faturamento de medicamentos hospitalares, podendo aplicar margens de comercialização ou deflatores pactuados. O auditor deve checar se as cobranças respeitam as listagens oficiais da CMED e os limites contratuais negociados.

Aula 7.2: Utilização das Tabelas BRASINDICE e SIMPRO na Saúde Suplementar

As tabelas BRASINDICE e SIMPRO são publicações privadas amplamente adotadas no setor de saúde suplementar brasileiro como catálogos de referência para a valoração, precificação e faturamento de medicamentos, soluções, materiais hospitalares e insumos descartáveis. Essas publicações compilam periodicamente os preços cadastrados pelas empresas fabricantes e distribuidores, servindo de base para a parametrização dos sistemas de faturamento dos prestadores e de processamento de contas das operadoras.

O BRASINDICE é amplamente utilizado como referência para o faturamento de medicamentos e soluções parenterais de grande volume, indicando o Preço Fábrica e o Preço Máximo ao Consumidor de cada apresentação farmacêutica, além de sinalizar se o item é fracionável ou não. A tabela SIMPRO é a principal referência para o faturamento de materiais hospitalares e descartáveis de consumo corrente. A auditoria deve atentar para a edição exata da tabela pactuada em contrato, bem como para a correta aplicação dos índices de reajuste e deflatores acordados entre as partes no momento do cálculo da conta.

Aula 7.3: Auditoria de Medicamentos: Fracionamento, Sobras e Terapia Antineoplásica

A auditoria de medicamentos exige conhecimentos técnicos sobre farmacologia, vias de administração e regras de fracionamento de doses. Em ambientes hospitalares, o fracionamento de ampolas e frascos-ampola para a administração de doses menores do que a embalagem comercial é prática rotineira. A regra geral de faturamento estabelece que medicamentos injetáveis de uso fracionado em que a sobra não pode ser reaproveitada para outros pacientes devido ao risco de contaminação microbiológica (como ampolas de dose única) podem ter seu frasco faturado integralmente, desde que devidamente justificado.

No tocante à terapia antineoplásica e medicamentos imunobiológicos de altíssimo valor agregado, a auditoria atua com extremo rigor na verificação dos esquemas posológicos. O auditor calcula a dose total necessária com base na área de superfície corporal ou peso do paciente e verifica se a instituição adotou centrais de manipulação que otimizam o aproveitamento dos frascos entre diferentes pacientes no mesmo dia de tratamento. A cobrança de sobras medicamentosas sem respaldo nas diretrizes de estabilidade do fármaco ou em descumprimento às cláusulas contratuais de fracionamento é objeto recorrente de glosa técnica.

Aula 7.4: Auditoria de Materiais Hospitalares de Consumo e Kits Cirúrgicos

A auditoria de materiais descartáveis e de consumo corrente em procedimentos cirúrgicos e de internação examina a compatibilidade entre os insumos lançados na fatura e a complexidade do procedimento realizado. O uso de kits padronizados para cirurgias específicas (como kits de laparoscopia, kits de anestesia e kits de acesso venoso central) visa simplificar a cobrança e trazer previsibilidade de custos para ambas as partes.

Quando a cobrança é realizada por item fracionado ou aberto, o auditor confronta os comprovantes de uso contidos na folha de sala cirúrgica com o espelho da fatura. A cobrança de quantitativos abusivos de luvas cirúrgicas, fios de sutura, aventais descartáveis, gazes e seringas em desacordo com o padrão médio exigido para o ato assistencial é submetida a glosa por superdimensionamento. O profissional de auditoria deve conhecer a dinâmica do centro cirúrgico para discernir intercorrências operacionais legítimas que justificam o consumo extraordinário de materiais de acidentes de contaminação acidental do campo cirúrgico.

Aula 7.5: Margens de Comercialização, Deflatores e Repasse de Descontos

As transações financeiras envolvendo materiais e medicamentos na saúde suplementar frequentemente envolvem regras contratuais de repasse, margens de comercialização (mark-up) e aplicação de deflatores sobre as tabelas de referência. As operadoras e os prestadores negociam em contrato percentuais de desconto incidentes sobre as tabelas SIMPRO e BRASINDICE, que variam de acordo com o volume de compras e a categoria dos insumos.

Outro ponto crítico sob o escopo da auditoria é o repasse de descontos obtidos pelos hospitais na compra direta junto aos fornecedores de medicamentos de alto custo. Em determinadas modalidades contratuais, exige-se que o prestador repasse à operadora os descontos comerciais obtidos na aquisição dos fármacos, sob pena de descumprimento da boa-fé contratual. O auditor de contas médicas analisa se as notas fiscais de entrada dos insumos correspondem aos valores faturados na conta do paciente, auditando a correta aplicação das regras de margem e deflator contratadas.

Módulo 8: Auditoria Especializada em Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

Aula 8.1: Definição, Classificação e Regulamentação de OPME na Saúde

As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) representam uma categoria de dispositivos médicos de alta complexidade e elevado valor agregado, utilizados em intervenções cirúrgicas ortopédicas, cardíacas, neurológicas e vasculares. As próteses são dispositivos destinados a substituir total ou parcialmente uma estrutura anatômica (como uma prótese total de quadril ou uma válvula cardíaca). As órteses são dispositivos aplicados externamente ou internamente para alinhar, apoiar ou corrigir a função de uma estrutura corpórea (como placas e parafusos de fixação óssea).

A regulação desse mercado é exercida conjuntamente pela Anvisa, que concede o registro sanitário e autoriza a comercialização do dispositivo no país, e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que normatiza as coberturas obrigatórias e os fluxos de cotação e compra. Devido ao impacto representativo do custo de OPME no valor total das internações cirúrgicas, essa área exige uma auditoria altamente especializada, focada na rastreabilidade, análise de equivalência técnica e na prevenção de distorções comerciais na indicação dos dispositivos.

Aula 8.2: O Processo de Cotação, Compra e Rastreabilidade de Dispositivos Médicos

A aquisição e o fornecimento de OPME para procedimentos cirúrgicos eletivos devem seguir um processo rigoroso de cotação e aprovação prévia junto às operadoras de saúde. A legislação regulatória obriga o médico assistente a indicar ao menos três marcas equivalentes de

fabricantes distintos registradas na Anvisa para o material solicitado, impedindo a exigência de marca exclusiva, salvo em situações de inadequação técnica comprovada em relatório fundamentado.

A rastreabilidade dos dispositivos implantados no paciente é exigência legal e sanitária inegociável. Ao término da cirurgia, os rótulos originais com o código de rastreio, número de lote, data de fabricação e registro Anvisa destacados das embalagens das próteses e órteses devem ser obrigatoriamente afixados na folha de sala do prontuário do paciente e no boletim de OPME. A auditoria verifica a exatidão entre os códigos dos selos de rastreabilidade colados no prontuário, a nota fiscal do fornecedor e os itens faturados na conta hospitalar, promovendo a glosa integral dos materiais que não apresentem a devida comprovação física no prontuário.

Aula 8.3: Análise de Pertinência Técnica, Sobramaterial e Fracionamento de Kits

A auditoria técnica de OPME analisa se a quantidade e as especificações dos dispositivos médicos utilizados na cirurgia estavam estritamente adequadas à anatomia e à patologia do paciente. Em cirurgias de coluna vertebral ou sínteses ortopédicas complexas, por exemplo, é frequente o envio de caixas cirúrgicas consignadas contendo dezenas de parafusos, hastes e placas de variados tamanhos para permitir a escolha do tamanho ideal durante o ato operatório.

O conceito de sobra de material cirúrgico refere-se aos itens que foram levados à sala de cirurgia e abertos, mas não foram efetivamente implantados no paciente por incompatibilidade de tamanho identificada no transoperatório ou por alteração do planejamento cirúrgico. A cobrança de materiais abertos e não implantados é objeto de rigorosa contestação. O

auditor exige a justificativa técnica detalhada na descrição cirúrgica para o descapeamento de materiais não utilizados, rebatendo a transferência do custo de perda de insumos do hospital para a operadora de plano de saúde.

Aula 8.4: Diretrizes de Utilização (DUT/ANS) Aplicadas ao Uso de OPME

A Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece Diretrizes de Utilização (DUT) para a cobertura de diversos dispositivos médicos de alto custo e procedimentos de alta complexidade contidos no Rol de Eventos em Saúde. As DUTs fixam critérios clínicos objetivos, baseados em evidências científicas, que condicionam a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde ao preenchimento de requisitos específicos de diagnóstico, estadiamento da doença ou falha de tratamentos conservadores prévios.

Por exemplo, a indicação de um stent farmacológico ou de um cardioversor desfibrilador implantável deve atender integralmente aos parâmetros clínicos definidos na respectiva DUT para que a autorização seja compulsória. O auditor de OPME deve confrontar o relatório do médico assistente e os exames de imagem do paciente com os critérios normativos da DUT aplicável. Caso o paciente não preencha os requisitos regulatórios estipulados, a operadora possui respaldo legal para indeferir a solicitação ou glosar o material faturado sem a devida autorização prévia.

Aula 8.5: Juntas Médicas e Solução de Divergências Técnicas (Resolução CFM 2.448/2025)

Quando surge uma divergência técnica entre o médico assistente (que solicita determinada OPME ou procedimento) e o médico auditor da operadora (que contesta a indicação por entendê-la inadequada ou

desproporcional), a regulamentação do Conselho Federal de Medicina impõe procedimentos estritos para a solução do impasse. A Resolução CFM nº 2.448/2025 revogou normativas anteriores e estabeleceu novas regras para a auditoria médica e a formação de juntas médicas.

A nova resolução estabelece que, em caso de divergência insuperável de diagnóstico ou indicação de procedimento e materiais, é obrigatório ao médico auditor realizar o exame presencial do paciente para fundamentar a sua discordância, sendo expressamente vedada a auditoria médica remota nessa hipótese. Persistindo o impasse entre o assistente e o auditor, deve ser constituída uma Junta Médica composta pelo médico assistente, pelo médico auditor e por um terceiro médico desempatador escolhido de comum acordo. A decisão final da junta médica possui caráter vinculante, encerrando a controvérsia técnica e definindo a conduta assistencial e o fornecimento do material em disputa.

Módulo 9: Auditoria em Cenários Específicos e Alta Complexidade

Aula 9.1: Auditoria em Unidades de Terapia Intensiva (UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal)

A auditoria em Unidades de Terapia Intensiva representa uma das áreas mais críticas da gestão de contas hospitalares devido ao elevado custo diário das internações de alta complexidade e à fragilidade clínica dos pacientes. Nas UTIs, a auditoria concorrente atua diretamente no monitoramento da evolução clínica diária, avaliando indicadores de gravidade como os escores APACHE, SAPS e SOFA para determinar a real necessidade de permanência do paciente no leito intensivo.

O auditor verifica a pertinência da manutenção de suporte ventilatório invasivo, monitoramento hemodinâmico invasivo e uso de drogas

vasoativas de alto custo. Assim que o paciente atinge a estabilização clínica e preenche os critérios para alta da UTI, a prorrogação injustificada da diária intensiva em detrimento da transferência para a unidade de internação convencional é identificada como desvio operacional e submetida a glosa assistencial. A auditoria em UTI neonatal e pediátrica exige ainda o rigoroso acompanhamento da evolução ponderal e do fracionamento de dietas parenterais e medicamentos específicos de uso pediátrico.

Aula 9.2: Auditoria em Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico

A auditoria no ambiente cirúrgico e obstétrico exige a conferência minuciosa dos registros produzidos durante o ato operatório e o período imediato de recuperação pós-anestésica. O auditor examina a conformidade das cobranças relativas ao tempo de utilização da sala de cirurgia, ao consumo de gases medicinais (oxigênio, óxido nitroso e ar comprimido), ao uso de monitores e equipamentos de anestesia e às taxas de paramentação da equipe.

No centro obstétrico, a auditoria avalia a adequação da cobrança de partos normais ou cesarianas, a assistência pediátrica em sala de parto, a reanimação neonatal e os exames imediatos realizados no recém-nascido. A cobrança duplicada de taxas de recepção do recém-nascido em partos gemelares, o uso indevido de kits de analgesia obstétrica sem a correspondente indicação em boletim anestésico e a divergência na contagem de horas na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) constituem focos recorrentes de ajustes de auditoria e glosa de contas.

Aula 9.3: Auditoria em Oncologia, Quimioterapia e Imunoterapia

A área de oncologia é caracterizada por esquemas terapêuticos complexos e fármacos de altíssimo custo financeiro. A auditoria em oncologia foca na validação rigorosa dos protocolos quimioterápicos e imunoterápicos propostos pelo médico assistente frente ao estadiamento histológico do tumor, aos marcadores genéticos e às Diretrizes de Utilização da ANS. A indicação de medicamentos antineoplásicos fora das especificações aprovadas na bula registrada na Anvisa (uso off-label) sem respaldo em consensos científicos nacionais ou internacionais é objeto de forte restrição pelas operadoras.

Além da validação do protocolo clínico, a auditoria inspeciona a exatidão dos cálculos de área de superfície corporal utilizados para a dosagem dos quimioterápicos. O auditor verifica se as doses administradas foram corretamente ajustadas em caso de toxicidade ou alteração de peso do paciente e checa o aproveitamento dos frascos de medicamentos injetáveis manipulados nas capelas de fluxo laminar das centrais de quimioterapia, coibindo a cobrança de sobras desnecessárias ou a duplicidade de faturamento do mesmo frasco em atendimentos ambulatoriais concomitantes.

Aula 9.4: Auditoria em Pronto-Socorro e Atendimentos de Urgência/Emergência

A auditoria em unidades de pronto-socorro e pronto-atendimento lida com contas de alto volume e rápida rotatividade de pacientes. A principal complexidade dessa auditoria reside na diferenciação clara entre atos caracterizados como urgência e emergência e atendimentos eletivos sem critérios de gravidade imediata. Nos termos da legislação da saúde suplementar, o atendimento de emergência (risco iminente de vida ou lesões irreparáveis) e de urgência (decorrente de acidentes pessoais ou

complicações na gestação) possui cobertura obrigatória e regras diferenciadas de carência.

O auditor analisa o boletim de atendimento do pronto-socorro, observando a classificação de risco atribuída na entrada do paciente (Triagem de Manchester) e os dados vitais registrados. A cobrança de taxas de observação hospitalar por períodos inferiores a seis horas, a realização em cascata de exames laboratoriais e tomografias sem justificativa clínica no relato de atendimento de urgência e a cobrança de procedimentos de porte cirúrgico executados em salas de sutura como se tivessem sido realizados em centro cirúrgico principal são inconsistências comuns auditadas e glosadas nessa modalidade.

Aula 9.5: Auditoria em Hemodinâmica, Cardiologia Intervencionista e Radiologia

Os procedimentos executados em setores de hemodinâmica, radiologia intervencionista e cirurgia endovascular demandam elevado aporte financeiro devido ao uso intensivo de equipamentos de fluoroscopia e ao consumo de insumos angiográficos e de hemodinâmica de alto custo, como cateteres guia, microguias, balões de angioplastia e stents coronarianos ou periféricos.

A auditoria nesses setores exige o confronto rigoroso entre o laudo do exame radiológico/angiográfico, as imagens gravadas do procedimento e os relatórios de materiais consumidos. O auditor verifica o grau de estenose coronariana registrado no laudo para confirmar a pertinência técnica da implantação do stent de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da ANS. A cobrança de cateteres extras que não foram utilizados, a discrepância na quantidade de contraste iodado

faturado em relação ao peso do paciente e o faturamento indevido de imagens digitais como procedimentos adicionais representam pontos de atenção auditados nessas especialidades.

Módulo 10: Estruturação do Setor de Recursos de Glosas

Aula 10.1: Arquitetura e Fluxo Operacional do Setor de Recurso de Glosas

O setor de recurso de glosas é o departamento responsável por analisar, contestar e buscar a recuperação dos valores financeiros retidos indevidamente pelas operadoras de planos de saúde no processamento das faturas hospitalares. A arquitetura desse setor deve ser desenhada para operar em estreita integração com as equipes de faturamento, auditoria interna, tecnologia da informação e corpo clínico da instituição de saúde.

O fluxo operacional do setor inicia-se no momento em que o hospital recebe o Demonstrativo de Análise de Conta Médica (extrato de pagamento) enviado pela operadora. O setor realiza a triagem imediata das glosas informadas no demonstrativo, registra os itens no sistema de gestão hospitalar, identifica os motivos alegados por meio dos códigos de glosa TISS e distribui as demandas entre os analistas de recurso de acordo com a natureza da glosa (administrativa, técnica ou assistencial). A eficiência desse fluxo garante a máxima taxa de recuperação de receita dentro dos prazos pactuados.

Aula 10.2: Prazos Contratuais e Regulatórios para Interposição de Recursos

A gestão dos prazos é o fator crítico de sucesso na operação de recursos de glosas. As regras sobre os prazos limite para a interposição de recursos

administrativos por parte dos prestadores e para a resposta obrigatória por parte das operadoras estão estabelecidas nas Resoluções Normativas da ANS referentes à contratualização e nas cláusulas pactuadas nos contratos privados de prestação de serviços.

Geralmente, a regulamentação e os contratos estipulam que o prestador possui o prazo de até 180 dias contados do recebimento do demonstrativo de pagamento para contestar os itens glosados. Por sua vez, a operadora dispõe de prazos legais (frequentemente 30 a 60 dias) para analisar o recurso, emitir a resposta fundamentada e efetuar o pagamento dos valores deferidos. O descumprimento do prazo de envio pelo prestador acarreta a perda definitiva do direito de cobrança administrativa da glosa, tornando indispensável o uso de sistemas automatizados de controle de prazos e alertas de vencimento de lotes de recurso.

Aula 10.3: Elaboração Técnica da Contestação: Fundamentação e Provas Documentais

A elaboração de uma peça de recurso de glosa técnica ou assistencial exige rigor metodológico, clareza argumentativa e sólida fundamentação técnica e jurídica. O analista de recurso não deve emitir contestações genéricas ou apelativas; a peça de recurso deve ser estruturada abordando o histórico do atendimento, o motivo da glosa aplicado pela operadora e o contraponto técnico fundamentado na documentação assistencial do paciente.

A instrução da contestação deve ser acompanhada de provas documentais irrefutáveis anexadas ao recurso. Para contestar a glosa de um medicamento de alto custo, por exemplo, o analista deve anexar a cópia legível da prescrição médica, a folha de checagem da enfermagem

com o carimbo do profissional executante, a evolução médica que justificou a indicação do fármaco e o comprovante de autorização prévia, se houver. A consistência da fundamentação probatória é o elemento determinante para a reversão da glosa e o deferimento do pagamento pela operadora.

Aula 10.4: Resolução de Conflitos: Reuniões de Conciliação e Mesas Negociais

Quando os recursos apresentados por meio de guias e formulários administrativos de papel ou eletrônicos são indeferidos reiteradamente pela operadora de saúde, a instituição deve acionar as instâncias superiores de resolução de conflitos por meio da agendamento de reuniões de conciliação e mesas negociais diretas entre as equipes de auditoria do prestador e da operadora.

As reuniões de conciliação reúnem os auditores médicos e enfermeiros de ambos os lados para reanalisar caso a caso as contas controversas e as glosas não resolvidas. Nesses encontros, o auditor do prestador apresenta os prontuários originais e esclarece eventuais dúvidas de interpretação das notas clínicas que motivaram a manutenção do indeferimento. As mesas negociais diretas evitam o desgaste da relação comercial entre as instituições e reduzem a necessidade de judicialização de débitos, permitindo a celebração de acordos financeiros de quitação de lotes de glosas represadas.

Aula 10.5: Gestão da Informação e Feedback para as Áreas Geradoras de Erros

O setor de recurso de glosas não deve atuar apenas de forma reativa no combate às perdas financeiras; seu papel mais estratégico reside na

capacidade de gerar inteligência corporativa e promover a melhoria contínua dos processos institucionais através do ciclo de feedback preventivo.

A equipe de recursos deve compilar periodicamente relatórios analíticos mapeando as causas raiz das glosas indeferidas e apontando com precisão os setores, equipes ou profissionais que deram origem aos erros documentais ou operacionais. Esses relatórios são apresentados às diretorias médicas, de enfermagem e administrativas para a adoção de medidas corretivas, tais como o recadastramento de tabelas nos sistemas de TI, o alinhamento de processos de autorização na recepção e o treinamento continuado da equipe assistencial sobre o correto preenchimento do prontuário do paciente.

Módulo 11: Governança, Indicadores de Desempenho e Analytics

Aula 11.1: Principais Indicadores de Faturamento e Auditoria (KPIs de Glosa)

A gestão moderna do ciclo de receita em instituições de saúde baseia-se no acompanhamento sistemático de Indicadores Chave de Desempenho (KPIs) voltados para a mensuração da eficiência do faturamento, do desempenho da auditoria e do impacto financeiro das glosas. O monitoramento contínuo desses indicadores permite à diretoria identificar gargalos operacionais e tomar decisões estratégicas fundamentadas em dados reais.

Os principais indicadores da área incluem a Taxa de Glosa Inicial (percentual do valor total faturado que foi objeto de indeferimento no primeiro pagamento), a Taxa de Recuperação de Glosa (percentual do valor glosado que foi recuperado através da interposição de recursos), a

Taxa de Glosa Efefiva (perda financeira definitiva acumulada após o término das instâncias de recurso) e o Prazo Médio de Recebimento (dias decorridos entre a prestação do serviço assistencial e o efetivo ingresso do recurso no caixa da instituição).

Aula 11.2: Cálculo da Taxa de Glosa Inicial, Glosa Efetiva e Taxa de Recuperação

A precisão matemática no cálculo dos indicadores de glosa é essencial para evitar distorções na interpretação dos resultados financeiros da instituição. A Taxa de Glosa Inicial é obtida dividindo-se o valor total retido na primeira análise da operadora pelo valor total bruto da fatura apresentada no lote, multiplicando-se o resultado por cem para obter o percentual.

$$\text{Taxa de Glosa Inicial (\%)} = \left(\frac{\text{Valor Total Glosado na 1ª Análise}}{\text{Valor Total Faturado do Lote}} \right) \times 100$$

A Taxa de Recuperação de Glosa é calculada dividindo-se o valor financeiro efetivamente deferido e pago pela operadora após a análise do recurso pelo valor total que havia sido contestado no recurso interposto. Por fim, o indicador de Glosa Efetiva representa o prejuízo líquido e definitivo da instituição, obtido ao subtrair o valor recuperado nos recursos do valor glosado inicial, dividindo o saldo resultante pelo faturamento bruto total do período. O acompanhamento histórico dessas fórmulas permite avaliar a evolução da eficácia das contestações e a redução dos erros operacionais da equipe.

Aula 11.3: Construção de Dashboards de Monitoramento e Matriz GUT de Priorização

A visualização clara e intuitiva dos dados do ciclo de receita é viabilizada através da construção de dashboards interativos de monitoramento em tempo real. Os dashboards consolidam as métricas de faturamento e glosas em gráficos dinâmicos que permitem navegar desde a visão macro do faturamento institucional até o detalhamento micro por convênio, por especialidade médica, por tipo de insumo e por código TUSS mais glosado.

Para orientar a atuação das equipes de auditoria e recursos diante de um volume elevado de inconsistências, utiliza-se a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) como ferramenta de priorização. A matriz atribui notas de um a cinco para cada grupo de glosas segundo o seu impacto financeiro (Gravidade), o risco iminente de prescrição do prazo de recurso (Urgência) e o potencial de aumento ou repetição do erro caso nada seja feito (Tendência). As glosas que alcançam as maiores pontuações na multiplicação dos três fatores são posicionadas no topo da fila de tratamento prioritário das equipes.

ADLAS CURSOS ONLINE

Aula 11.4: Análise Causa-Raiz (Diagrama de Ishikawa e 5 Porquês) Aplicada às Glosas

A erradicação definitiva dos motivos recorrentes de glosa exige a aplicação de metodologias consagradas de análise de causa-raiz sobre as falhas operacionais identificadas na cadeia de faturamento. O Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe) permite estruturar visualmente as causas das glosas categorizando as falhas em seis eixos: métodos (processos operacionais), mão de obra (treinamento e capacitação), materiais (qualidade das guias e formulários), máquinas (parâmetros de softwares e TI), medida (métricas e validações) e meio ambiente (condições de trabalho).

Complementarmente, a técnica dos 5 Porquês é utilizada para aprofundar a investigação de um erro específico. Pergunta-se reiteradamente o motivo da ocorrência de uma falha até alcançar a causa primária estrutural. Por exemplo: Por que o item foi glosado? Porque a guia não tinha autorização. Por que não tinha autorização? Porque a recepção não solicitou no momento da entrada. Por que a recepção não solicitou? Porque o sistema não emitiu o alerta automático. A identificação e correção da causa-raiz no sistema de TI impede a repetição do erro nos atendimentos futuros.

Aula 11.5: Inteligência de Dados e Modelos Preditivos no Combate às Glosas

A aplicação de inteligência de dados, aprendizado de máquina e análise preditiva revolucionou o combate às glosas nas grandes instituições de saúde. Softwares avançados de inteligência analítica passam a examinar os históricos de milhões de contas faturadas e glosadas nos anos anteriores, identificando padrões complexos e correlações invisíveis à análise humana manual.

Os modelos preditivos são integrados aos sistemas de pré-faturamento hospitalar para atribuir um escore de risco de glosa a cada conta antes que a fatura seja transmitida à operadora. O algoritmo identifica automaticamente, por exemplo, que determinado convênio recusa sistematicamente a cobrança de um tipo específico de curativo quando associado a uma determinada cirurgia sem a inclusão de uma justificativa de enfermagem com palavras-chave específicas. O sistema alerta o auditor interno em tempo real, permitindo a adequação da instrução documental antes do envio da conta e zerando a ocorrência daquela glosa.

Módulo 12: Aspectos Jurídicos, Contratualização e Judicialização na Saúde

Aula 12.1: Direito Regulatório da Saúde Suplementar e a Lei nº 9.656/1998

O setor de planos privados de assistência à saúde no Brasil possui seu marco regulatório fundamental estabelecido pela Lei nº 9.656/1998. Essa legislação alterou profundamente a dinâmica das relações entre consumidores, operadoras e prestadores de serviços de saúde, ao instituir regras rígidas para a oferta de planos, proibir a resilição unilateral imotivada dos contratos individuais, limitar a aplicação de carências e impor a obrigatoriedade de cobertura de doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Para os profissionais de auditoria e faturamento, o domínio do arcabouço normativo da Lei nº 9.656/1998 e de suas alterações subsequentes é essencial para fundamentar a ilegalidade de eventuais negativas de cobertura ou glosas impostas pelas operadoras. A lei garante a obrigatoriedade do fornecimento de tratamentos para patologias cobertas pelo contrato, de modo que cláusulas contratuais que busquem restringir abusivamente meios diagnósticos ou terapêuticos necessários à preservação da vida do beneficiário são consideradas nulas de pleno direito perante os tribunais.

Aula 12.2: Contratualização entre Operadoras e Prestadores (Lei nº 13.003/2014)

A Lei nº 13.003/2014 veio disciplinar de forma específica a obrigatoriedade do estabelecimento de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços assistenciais (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais liberais). A legislação estabeleceu que os

contratos devem obrigatoriamente conter cláusulas claras prevendo a identificação precisa das partes, os serviços contratados, as tabelas de remuneração adotadas, os critérios de reajuste anual e os prazos de vigência e rescisão.

No que tange diretamente ao faturamento e à auditoria de contas, a Lei nº 13.003/2014 e a regulamentação editada pela ANS impuseram a obrigatoriedade da inclusão de cláusulas contratuais expressas que regulamentem o fluxo de glosas e o direito de recurso do prestador. A norma proíbe a aplicação de glosas unilaterais sem a devida justificativa formal e fundamentada pela operadora, garantindo ao prestador o direito de ampla defesa e o contraditório por meio de regras e prazos contratuais reciprocamente estabelecidos.

Aula 12.3: Judicialização da Saúde e a Produção Probatória na Auditoria

O fenômeno da judicialização da saúde suplementar envolve o acionamento frequente do Poder Judiciário por beneficiários e prestadores de serviços para obter a garantia de coberturas negadas ou a execução de cobranças financeiras glosadas indevidamente pelas operadoras. Nas ações judiciais promovidas por prestadores buscando a cobrança de faturas retidas, o prontuário médico e o processo administrativo de auditoria constituem a principal prova documental do processo.

A qualidade da produção probatória realizada pelas equipes de auditoria do hospital durante o curso da análise administrativa determina o sucesso ou o insucesso da demanda judicial. Juízes e peritos judiciais nomeados fundamentam suas sentenças na verificação da existência de prova robusta da prestação do serviço assistencial, na regularidade do prontuário, no cumprimento das exigências do Padrão TISS e no envio dos

recursos de glosa no prazo contratual. Falhas na instrução probatória do prontuário inviabilizam a recuperação judicial de receitas substanciais.

Aula 12.4: Responsabilidade Civil, Ética e Penal do Auditor Médico e de Enfermagem

O exercício da atividade de auditoria em saúde acarreta responsabilidades legais nas esferas civil, ética e penal para os profissionais médicos e enfermeiros investidos na função de auditoria. No campo ético-profissional, os auditores respondem perante os seus respectivos conselhos de classe (CRM e COFEN) por infrações às normas do código de ética profissional, devendo pautar suas decisões pela autonomia clínica do assistente, urbanidade e sigilo profissional.

Na esfera da responsabilidade civil, a emissão deliberada de pareceres de auditoria infundados que culminem na recusa indevida de tratamentos urgentes prescritos, provocando danos físicos ou morais ao paciente, pode expor o profissional auditor e a operadora à obrigação de indenizar o lesado. No âmbito penal, a prática de condutas como a solicitação ou aceitação de vantagens indevidas para a aprovação de contas (propina), a falsificação de relatórios de auditoria ou o descumprimento do dever de manter o sigilo das informações do prontuário configura crime previsto no Código Penal.

Aula 12.5: Resoluções Relevantes do Conselho Federal de Medicina (CFM) e COFEN

O arcabouço normativo que disciplina a atuação técnica e os limites éticos dos auditores em saúde é constantemente atualizado pelos conselhos federais das profissões regulamentadas. No âmbito da medicina, as diretrizes consolidadas pelo Conselho Federal de Medicina reforçam a

auditoria médica como ato privativo do médico, regulando os direitos do auditor de examinar o prontuário e as instalações do prestador, mas proibindo categoricamente o auditor de realizar glosas sem a devida fundamentação técnica ou de interferir diretamente na prescrição assistencial do médico responsável pelo paciente.

Por sua vez, o Conselho Federal de Enfermagem possui resoluções específicas que normatizam a atuação do enfermeiro auditor, delimitando as suas competências para auditar processos de enfermagem, registros assistenciais, custos de materiais e dimensionamento de pessoal na assistência. A observância estrita dessas diretrizes pelos auditores de ambos os lados da mesa (prestador e operadora) garante a lisura moral dos processos de conferência financeira e impede que a auditoria seja desvirtuada como mera ferramenta de recusa arbitrária de despesas assistenciais legítimas.

Módulo 13: Modelos de Remuneração em Saúde e Métodos de Custeio

Aula 13.1: O Modelo Tradicional Fee-for-Service e suas Fragilidades Financeiras

O modelo de remuneração fee-for-service (pagamento por serviço prestado) é o sistema histórico tradicional de financiamento dos serviços de saúde no setor privado brasileiro. Nesse formato, o prestador de serviços hospitalares ou ambulatoriais fatura e recebe individualmente por cada ato médico realizado, diária ocupada, taxa cobrada, exame executado, medicamento administrado e material descartável consumido no tratamento do paciente.

Apesar de proporcionar flexibilidade na valoração de tratamentos complexos, o fee-for-service possui fragilidades operacionais e

econômicas severas que impulsionam o volume de glosas no setor. Como a receita do prestador cresce diretamente em função da quantidade de itens faturados na conta, o modelo gera incentivos perversos para o superdimensionamento de insumos e exames. Em contrapartida, as operadoras reagem intensificando os mecanismos de glosa e controle burocrático, transformando o processamento de contas em uma constante disputa financeira de baixa eficiência assistencial.

Aula 13.2: Modelos Alternativos de Remuneração: Bundles, Diárias Globalizadas e Capitation

A busca pela redução da fricção no processamento de contas e o alinhamento de incentivos financeiros impulsionaram a adoção progressiva de novos modelos alternativos de remuneração na saúde suplementar. Entre eles destacam-se os pacotes ou bundles, nos quais se estabelece um preço fixo e fechado para o tratamento completo de uma determinada condição cirúrgica ou médica (incluindo honorários, diárias, taxas, medicamentos e materiais usuais).

Outra modalidade difundida é a diária globalizada, na qual o valor fixado por dia de internação engloba não apenas a acomodação e a assistência de enfermagem, mas também os medicamentos e materiais de consumo corrente e exames laboratoriais de rotina. No modelo de capitation, o prestador recebe um valor fixo mensal per capita para prestar a assistência de saúde integral a uma carteira delimitada de vidas. Nesses modelos alternativos, a auditoria migra da conferência item a item para a verificação do cumprimento das metas de qualidade e dos limites de elegibilidade do pacote contratado.

Aula 13.3: Pagamento Baseado em Valor (Value-Based Healthcare - VBHC) e Auditoria

O modelo de Pagamento Baseado em Valor (Value-Based Healthcare - VBHC) busca reorientar o financiamento da saúde substituindo a lógica do volume de serviços prestados pela mensuração dos desfechos clínicos efetivamente alcançados em relação aos custos totais despendidos ao longo de todo o ciclo de cuidado do paciente.

A implementação do VBHC transforma profundamente a função da auditoria em saúde. O auditor deixa de focar primordialmente na conferência burocrática de listas de materiais na fatura para se tornar um auditor de desfechos clínicos e qualidade assistencial. Cabe à auditoria mensurar indicadores de saúde reportados pelos pacientes (PROMs), taxas de complicações pós-operatórias, índices de reinternação não planejada em trinta dias e taxas de infecção hospitalar. A remuneração dos prestadores passa a ser vinculada ao alcance de metas de qualidade, bonificando a alta eficiência assistencial e penalizando o refazimento de atos motivados por falhas de segurança.

Aula 13.4: Métodos de Custeio Hospitalar: Custeio Absorção, Variável e Custeio ABC

A precificação correta de procedimentos e a capacidade de contestar glosas de forma sustentável exigem que os hospitais e clínicas dominem os métodos de apuração de custos hospitalares. O Custeio por Absorção aloca todos os custos da instituição (tanto os custos diretos de materiais e medicamentos quanto os custos indiretos de administração, limpeza e manutenção) ao valor final das diárias, taxas e procedimentos faturados aos convênios.

O método de Custeio Baseado em Atividades (Activity-Based Costing - ABC) é a metodologia mais precisa para a gestão hospitalar avançada. O custeio ABC rastreia os custos de cada atividade assistencial individualmente (como o tempo de enfermagem dedicado a um curativo ou o consumo de energia da sala cirúrgica), permitindo apurar com exatidão o custo real da prestação de um serviço específico. Com esses dados em mãos, o auditor interno e o gestor financeiro conseguem comprovar se os valores pagos pelas operadoras cobrem os custos operacionais reais da instituição, fundamentando negociações tarifárias e a recusa de pacotes deficitários.

Aula 13.5: Impacto dos Novos Modelos de Remuneração no Fluxo de Glosas

A transição dos contratos do modelo fee-for-service tradicional para formatos empacotados e baseados em valor altera radicalmente o volume, o perfil e a tipologia das glosas vivenciadas pelos prestadores de serviços de saúde. Em contratos de pacotes cirúrgicos ou diárias globalizadas, a incidência de glosas por pequenos erros de lançamento de materiais descartáveis, seringas ou medicamentos de uso rotineiro cai drasticamente para níveis próximos de zero.

Entretanto, surgem novas tipologias de divergência financeira específicas desses modelos avançados. As glosas passam a se concentrar em discussões sobre o estouro de teto de pacotes devido a complicações cirúrgicas imprevisíveis, cobranças de insumos considerados pelo hospital como fora do escopo do pacote (itens de exceção) e divergências na apuração dos indicadores de desfecho clínico contratados para fins de bonificação ou penalização. O auditor deve estar capacitado para navegar

com precisão técnica pelas cláusulas de variância e exceção desses contratos complexos.

Módulo 14: Auditoria em Saúde Pública e Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

Aula 14.1: O Sistema Nacional de Auditoria (SNA): Estrutura, Competências e Legislação

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) é a estrutura governamental instituída pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) incumbida de exercer o controle técnico, financeiro e assistencial sobre a aplicação dos recursos públicos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O SNA opera de forma descentralizada nas três esferas de governo: federal (por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS), estadual e municipal.

A legislação estabelece que as auditorias do SNA abrangem a verificação da regularidade dos procedimentos executados pelas unidades públicas de saúde e pelos estabelecimentos privados credenciados ou conveniados ao SUS. Os auditores do SNA possuem livre acesso às instalações físicas, aos prontuários dos pacientes, às notas fiscais e às movimentações financeiras dos fundos de saúde, exercendo papel fiscalizatório central para a garantia da correta aplicação do orçamento público da saúde e a prevenção de fraudes, desvios e superfaturamentos.

Aula 14.2: Auditoria de Contas no Sistema Único de Saúde (SUS): AIH e SIA/SUS

A sistemática de faturamento e auditoria de contas no SUS difere significativamente dos mecanismos adotados no setor suplementar

privado. No âmbito da atenção hospitalar, o instrumento fundamental de registro, autorização e faturamento das internações é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), vinculada ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Na atenção ambulatorial, a produção é registrada por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

A auditoria de contas no SUS examina a conformidade entre os procedimentos informados nas AIHs e APACs e a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP). O auditor do SUS verifica se o procedimento principal cobrado possui respaldo na ficha de evolução do prontuário, se o paciente preenchia os critérios de elegibilidade para a emissão do laudo de AIH e se os limites teto de produção contratados com a gestão municipal ou estadual de saúde foram rigorosamente respeitados.

Aula 14.3: Conformidade com a Tabela SIGTAP e Regras de Aprazamento Público

A Tabela SIGTAP é a matriz de dados unificada que consolida a codificação, a descrição, as regras de compatibilidade, os valores de remuneração (Serviços Hospitalares e Serviços Profissionais) e as exigências documentais para todos os procedimentos integrantes do Sistema Único de Saúde. A tabela é atualizada mensalmente pelo Ministério da Saúde, devendo os estabelecimentos conveniados adequar continuamente seus sistemas de transmissão de dados.

As regras de aprazamento e compatibilidade da SIGTAP são rígidas. A auditoria pública verifica se a combinação entre o procedimento principal

e os procedimentos secundários informados na mesma AIH é autorizada pelas normas da tabela. Procedimentos informados que apresentem incompatibilidade de sexo, faixa etária, CID principal ou que extrapolem o quantitativo máximo permitido por internação são rejeitados pelos aplicativos de processamento do DATASUS, gerando o bloqueio do pagamento da AIH e exigindo o reprocessamento da conta pela equipe de faturamento da instituição hospitalar.

Aula 14.4: Auditoria de Conformidade, Desempenho e Avaliação na Gestão Pública

A atuação da auditoria no setor público da saúde expandiu-se para além da mera conferência contábil de formulários de produção, abrangendo as modalidades de auditoria de conformidade, auditoria de desempenho e de gestão. A auditoria de conformidade verifica a estrita observância das leis de licitação, contratos administrativos e normas orçamentárias na aplicação das verbas públicas transferidas entre os fundos de saúde.

A auditoria de desempenho e avaliação analisa a eficiência, eficácia e efetividade dos programas de saúde e das unidades assistenciais mantidas pelo poder público. Os auditores avaliam se a aplicação dos recursos públicos em uma rede de atendimento está produzindo a melhoria real dos indicadores epidemiológicos da população adstrita, tais como a redução da mortalidade materna e infantil, o controle de doenças crônicas e a diminuição do tempo de espera em filas cirúrgicas. Os relatórios produzidos orientam as tomadas de decisão dos gestores públicos de saúde e os órgãos de controle externo.

Aula 14.5: Relação entre o SNA, Ministério Público e Tribunais de Contas

Os relatórios elaborados pelos auditores integrantes do Sistema Nacional de Auditoria possuem elevado valor probatório e administrativo, constituindo a peça inicial para a apuração de irregularidades e responsabilização de gestores e prestadores de serviços de saúde. Quando a auditoria do SUS constata a ocorrência de pagamentos indevidos por serviços não prestados, superfaturamentos ou desvios de recursos públicos de saúde, instaura-se o processo de tomada de contas especial para o ressarcimento dos cofres públicos.

Além dos desdobramentos administrativos internos no âmbito do SUS, as conclusões dos relatórios de auditoria do SNA são encaminhadas sistematicamente aos órgãos de controle externo e de fiscalização da lei, como o Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunais de Contas Estaduais (TCEs) e o Ministério Público Federal e Estadual. Essas instituições utilizam as constatações técnicas da auditoria para fundamentar a abertura de inquéritos civis, ações por improbidade administrativa e denúncias criminais contra os agentes envolvidos em fraudes contra o sistema público de saúde.

Módulo 15: Prevenção de Fraudes, Compliance e Auditoria Investigativa

Aula 15.1: Tipologias de Fraudes Financeiras e Assistenciais na Saúde

O setor de saúde suplementar e pública enfrenta desafios constantes relacionados ao surgimento de práticas fraudulentas e desconformidades intencionais cometidas por diferentes agentes da cadeia assistencial. A fraude na saúde pode ser definida como o ato ilícito intencional praticado com o objetivo de obter vantagem financeira indevida em prejuízo das operadoras, do sistema público ou dos próprios pacientes.

As tipologias mais frequentes de fraudes incluem o faturamento de procedimentos phantom (cobrança de exames, consultas ou cirurgias que jamais foram efetivamente realizados), o desmembramento de procedimentos (faturamento individualizado de etapas de um ato cirúrgico único para inflar o valor final da conta), o uso de códigos TUSS de porte superior ao procedimento efetivamente executado (upcoding), a maquiagem de prontuários com inclusão de prescrições falsas e o fracionamento irregular de recibos de consultas para burlar limites contratuais de reembolso de beneficiários.

Aula 15.2: Programas de Compliance na Saúde e Códigos de Conduta Ética

A prevenção de fraudes e a garantia da integridade operacional exigem a estruturação e implementação de Programas de Compliance robustos no âmbito dos hospitais, operadoras de planos de saúde e empresas fornecedoras de insumos e OPME. O compliance na saúde consiste no conjunto de disciplinas e mecanismos internos destinados a fazer cumprir as leis, regulamentos, normas sanitárias e princípios éticos que regem o setor.

Um programa de compliance efetivo estabelece um Código de Conduta Ética transparente, aplicável a todos os colaboradores e médicos parceiros da instituição. O programa deve prever a criação de canais de denúncia anônimos, a realização de treinamentos periódicos sobre normas regulatórias e a definição de regras rígidas de relacionamento com a indústria farmacêutica e fornecedores de dispositivos médicos, proibindo categoricamente o recebimento de comissões, presentes ou benefícios financeiros atrelados à prescrição ou indicação de determinados materiais.

Aula 15.3: Tecnologias de Detecção de Anomalias: Mineração de Dados e IA

A escala massiva de transações eletrônicas e guias de faturamento processadas diariamente inviabiliza o controle investigativo baseado exclusivamente em conferências manuais humanas. As instituições adotam ferramentas avançadas de tecnologia da informação para a detecção automatizada de fraudes e anomalias estatísticas nas faturas recebidas.

Através do uso de algoritmos de Mineração de Dados (Data Mining) e inteligência artificial (aprendizado de máquina), os sistemas analisam o comportamento histórico de cobranças de milhares de prestadores e profissionais. A tecnologia identifica desvios estatísticos atípicos em tempo real, tais como médicos que realizam um volume de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade incompatível com as horas do dia, picos anormais na solicitação de exames de alto custo por determinada clínica ou padrões repetitivos de prescrição de insumos de marca específica, emitindo alertas imediatos para a atuação da auditoria investigativa.

Aula 15.4: Auditoria Investigativa (Forensic Audit) em Contas Hospitalares

A auditoria investigativa ou pericial (Forensic Audit) é a modalidade especializada de auditoria acionada quando surgem indícios fundamentados de fraudes sistemáticas, ilícitos financeiros ou esquemas de corrupção estruturados no faturamento de contas médicas. Diferente da auditoria de rotina, a auditoria investigativa atua com técnicas avançadas de preservação de cadeia de custódia de provas, cruzamento de dados contábeis com logs digitais de acesso e entrevistas investigativas.

Os auditores periciais analisam a autenticidade dos documentos fiscais e sanitários, verificam a procedência de selos de rastreabilidade de OPME, auditam o registro de entrada e saída de materiais em estoque e checam a veracidade das assinaturas em prontuários eletrônicos e guias de autorização. O trabalho resulta na elaboração de um Laudo Pericial Investigativo detalhado, contendo a quantificação exata do dano financeiro provocado e a individualização das responsabilidades dos envolvidos, instruindo processos judiciais criminais e cíveis de ressarcimento.

Aula 15.5: LGPD e a Proteção de Dados Sensíveis na Gestão do Ciclo de Receita

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei nº 13.709/2018) estabeleceu um rigoroso arcabouço normativo para o tratamento de dados pessoais no Brasil, classificando as informações sobre a saúde dos indivíduos como dados pessoais sensíveis. Essa classificação impõe deveres especiais de segurança, confidencialidade e limitação de acesso para todas as organizações que manuseiam prontuários médicos, guias de faturamento e históricos de atendimento durante o ciclo de receita.

As equipes de faturamento, auditoria e recursos de glosa lidam diariamente com um volume expressivo de dados sensíveis dos pacientes. As instituições devem implementar rígidos controles de governança de dados, garantindo que o acesso às fichas clínicas e arquivos XML TISS ocorra exclusivamente por profissionais autorizados e vinculados pelo dever legal de sigilo. É obrigatória a adoção de criptografia no tráfego de arquivos eletrônicos, o mascaramento de dados de identificação do beneficiário em relatórios analíticos de faturamento sempre que viável e a manutenção de logs auditáveis de acesso aos prontuários eletrônicos.

Módulo 16: Automação, Inovação e Tendências Futuras no Ciclo de Receita

Aula 16.1: Transformação Digital do Ciclo de Receita (Revenue Cycle Management - RCM)

A transformação digital do Ciclo de Receita (RCM) representa a evolução tecnológica da gestão financeira em instituições de saúde, integrando de forma automatizada todas as etapas administrativas, assistenciais e financeiras da organização. O RCM moderno conecta os pontos de contato da jornada do paciente desde a marcação da consulta e checagem digital de elegibilidade até a liquidação final do pagamento pela operadora e a conciliação bancária.

A digitalização ponta a ponta elimina os gargalos manuais históricos de digitação de faturas, reduz drasticamente o índice de erro humano nas descrições de procedimentos e acelera a velocidade de giro do capital de giro hospitalar. O profissional especialista em faturamento e auditoria assume o papel de gestor estratégico da arquitetura do RCM, supervisionando os parâmetros das plataformas digitais, analisando os fluxos de trabalho e intervindo pontualmente na solução de exceções complexas que exigem o julgamento humano especializado.

Aula 16.2: Automação de Processos por Robótica (RPA) no Faturamento e Auditoria

A tecnologia de Automação de Processos por Robótica (RPA - Robotic Process Automation) consiste na utilização de softwares robôs programados para executar tarefas digitais repetitivas, padronizadas e baseadas em regras claras na mesma interface utilizada pelos colaboradores humanos. No setor de faturamento e auditoria de contas

médicas, os robôs digitais assumiram papel transformador na otimização operacional.

Os robôs RPA executam com velocidade incomparável tarefas como o download diário de guias e demonstrativos de pagamento nos portais de dezenas de operadoras distintas, a validação automatizada de elegibilidade de pacientes no momento da admissão, a conferência de dados cadastrais em arquivos XML e a digitação automatizada de lotes de recursos de glosa simples nos sistemas dos convênios. A implementação de bots liberta os analistas das tarefas burocráticas repetitivas, permitindo que a equipe concentre seu tempo na análise técnica de glosas assistenciais de alto valor financeiro.

Aula 16.3: Inteligência Artificial Generativa e Processamento de Linguagem Natural (PLN)

A aplicação de inteligência artificial generativa e algoritmos de Processamento de Linguagem Natural (PLN) abriu novas fronteiras para a auditoria de contas médicas e a gestão de recursos de glosas. As tecnologias de PLN possuem a capacidade única de ler, interpretar e estruturar a linguagem textual livre contida nas anotações de evolução médica, laudos de exames e relatórios de enfermagem registrados no Prontuário Eletrônico do Paciente.

Com o auxílio do PLN, os sistemas de auditoria conseguem analisar em segundos o texto corrido de uma descrição cirúrgica, identificar se os insumos cobrados na conta possuem respaldo narrativo no relato do cirurgião e verificar se as diretrizes clínicas foram atendidas. Da mesma forma, ferramentas alimentadas por IA generativa auxiliam os analistas na redação preliminar de peças fundamentadas de recurso de glosa técnica,

compilando os dados do prontuário, a legislação aplicável e a literatura médica consagrada para gerar rascunhos de contestações de alta qualidade em fração de tempo.

Aula 16.4: Interoperabilidade de Sistemas em Saúde, FHIR e Blockchain

A ausência de comunicação fluida entre os diferentes sistemas de informação utilizados por hospitais, laboratórios e operadoras de planos de saúde constitui uma das principais barreiras para a eliminação das glosas no setor. O avanço dos padrões de interoperabilidade em saúde, com destaque para a arquitetura FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), busca resolver a fragmentação permitindo a troca segura de dados assistenciais e financeiros em tempo real através de APIs padronizadas.

A tecnologia Blockchain começa a ser explorada na gestão de contas médicas para a criação de registros distribuídos imutáveis e auditáveis de autorizações, contratos e faturas. A aplicação de contratos inteligentes (smart contracts) em Blockchain permite que a validação das regras contratuais e a liberação do pagamento de um procedimento ocorram de forma totalmente automatizada e instantânea no momento em que os dados da assistência são confirmados no prontuário digital, eliminando a figura da fatura tradicional e zerando a necessidade de auditorias retrospectivas e recursos de glosa.

Aula 16.5: O Perfil Profissional do Novo Auditor e Gestor do Ciclo de Receita

As transformações profundas impulsionadas pela regulação, pela introdução de novos modelos de remuneração e pela automação tecnológica redefiniram radicalmente o perfil profissional exigido dos

auditores médicos, enfermeiros auditores e gestores de faturamento hospitalar. O profissional do futuro deve ir muito além do conhecimento clássico sobre tabelas tarifárias e terminologias assistenciais.

O novo auditor e gestor do ciclo de receita deve combinar uma sólida visão analítica de dados com fluência em ferramentas de inteligência de negócios, conhecimento profundo de governança regulatória e entendimento dinâmico da engenharia de custos em saúde. Adicionalmente, competências comportamentais como capacidade de negociação interpessoal, visão sistêmica do negócio, comunicação assertiva em mesas de conciliação e flexibilidade para adaptar-se contínua e rapidamente a novas tecnologias e normativas regulatórias tornaram-se requisitos indispensáveis para o sucesso profissional nesse mercado estratégico.

Módulo Extra

Fontes de referência sugeridas para estudos complementares

Legislação e Regulamentação Federal da Saúde Suplementar: Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde); Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014 (Obrigatoriedade de contratos escritos entre operadoras e prestadores); Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Dispõe sobre o exercício da Medicina / Lei do Ato Médico); e Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Resoluções Normativas referentes ao Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar); Tabelas de estrutura e atualização da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS); Diretrizes de

Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; e Resoluções sobre regras contratuais, reajuste e mecanismos de regulação.

Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM): Resolução CFM nº 2.448, de 23 de outubro de 2025 (Regulamenta o ato médico de auditoria, estabelece diretrizes éticas, regramento de juntas médicas e vedações ao auditor); Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica); e Resolução CFM nº 1.821/2007 (Normas técnicas para o uso de sistemas informáticos para a guarda e manuseio do prontuário eletrônico).

Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): Resolução COFEN nº 720/2023 (Normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria); e Resolução COFEN nº 564/2017 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem).

Tabelas Financeiras e Catálogos de Referência Tarifária: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) - Associação Médica Brasileira (AMB); Edições históricas das Tabelas AMB (90, 92, 96, 99); Revista BRASINDICE (Guia farmacêutico de preços e fracionamento de medicamentos); Revista SIMPRO (Catálogo de preços de materiais e insumos hospitalares); e Publicações oficiais da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED/Anvisa).

Gestão Pública e Sistema Nacional de Auditoria (SNA): Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde / Criação do SNA); Manuais de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS); Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP/Datasus); e Diretrizes Operacionais do Sistema Único de Saúde.

Manuais, Protocolos e Publicações Institucionais de Referência: Manuais de Gestão de Contas Médicas e Controle de Glosas da Associação Brasileira de Enfermeiros Auditores (ABEA); Publicações técnicas e acadêmicas da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica (SBAM); e Guias Práticos de Gestão do Ciclo de Receita Hospitalar (Revenue Cycle Management).