Manual de utilização SIR RPS – Singulares

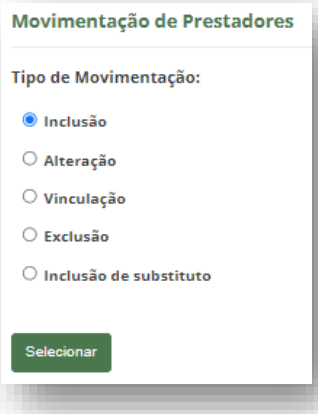
Sumário

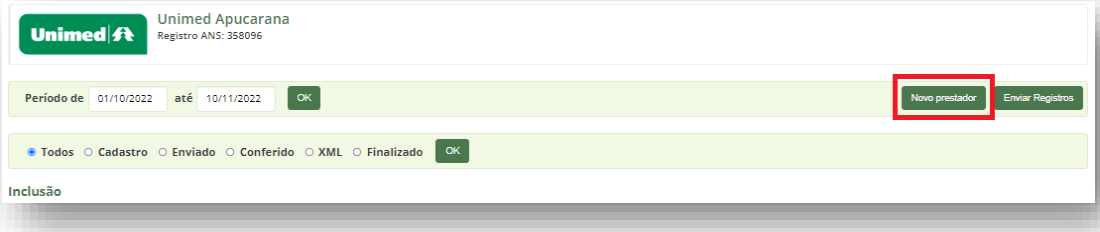
Acesso 1
Formulário de Inclusão 2
Formulário de Alteração 4
Formulário de Vinculação 7
Formulário de Exclusão 9

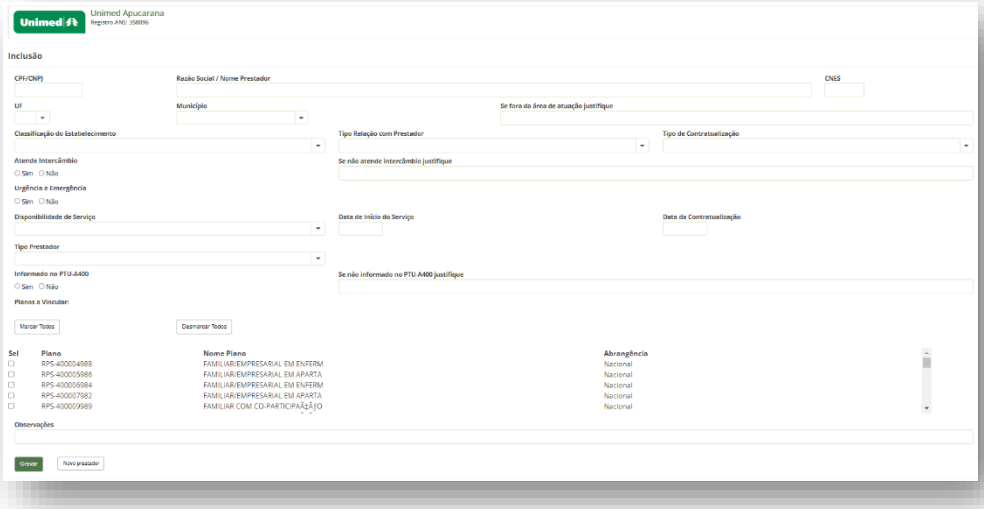
Acesso

Acesso através do endereço eletrônico: https://www.unimed.coop.br/site/web/assessoriaregulamentarpr-parana

Formulário de Inclusão



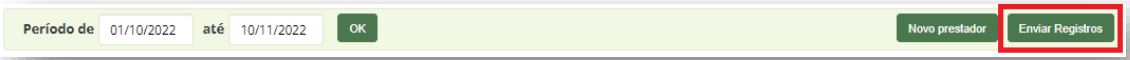




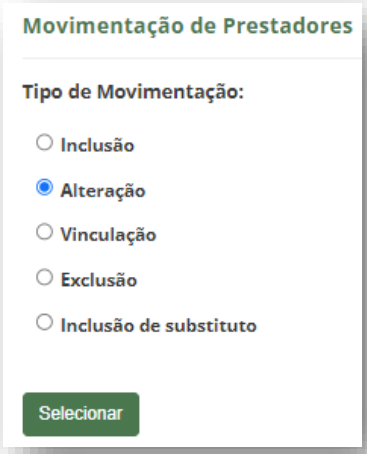
- CPF/CNPJ: Preencher com 11 dígitos se CPF ou 14 dígitos se CNPJ.
- Razão Social / Nome Prestador: Preencher de acordo com o cadastrado no PTU. Permite 60 caracteres.
- CNES: Preencher de acordo com as informações atualizadas na ANS (https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-do-portal-operadoras/rps-manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos/historico-de-versao-e-outros-arquivos-rps Arquivo do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (.zip))
- UF: Escolher UF.
- Município: Escolher Município.

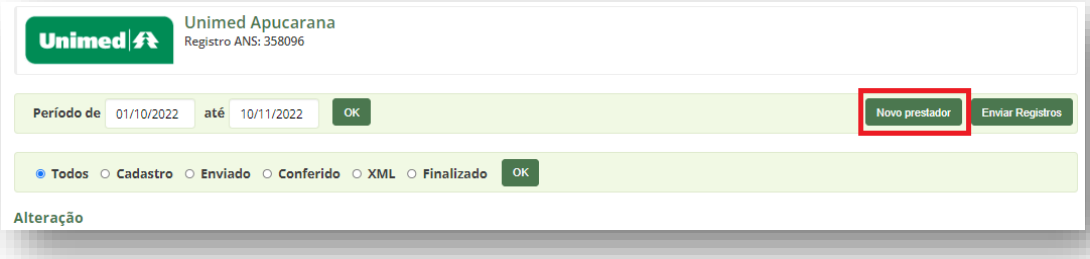
- Se fora da área de atuação, justifique: Justificar se o cadastro do prestador estiver fora da área de ação da Singular.
- Classificação do Estabelecimento: Escolher classificação.
- Tipo Relação com Prestador: Escolher relação com o prestador.
- Tipo de Contratualização: Se a relação com o prestador for *próprio*, deixar em branco. Se a relação com o prestador for *contratualizado*, escolher entre *direto* ou *indireto*.
- Atende Intercâmbio: Escolher de acordo com o cadastrado no PTU e estabelecido com o prestador.
- Se não atende intercâmbio, justifique: Justificar se o prestador não atende intercâmbio.
- Urgência e Emergência: Escolher de acordo com o cadastrado no PTU e estabelecido com o prestador.
    - Se prestador igual a: *médico*, *laboratório*, *pessoa física não médico*, *centro de diagnósticos*, *parceiro comercial* ou *home care* será sempre *não*.
    - Se prestador igual a: *pronto socorro* será sempre *sim*.
    - Se prestador igual a: *hospital*, *clínica*, *hospital dia* ou *pronto atendimento* poderá ser *sim* ou *não*.
- Disponibilidade de Serviço: Escolher de acordo com o cadastrado no PTU e estabelecido com o prestador.
- Data de Início do Serviço: Preencher de acordo com o cadastrado no PTU e estabelecido com o prestador.
- Data de Contratualização:
    - Não preencher quando a relação com o prestador for *próprio*.
    - Preencher com data superior a 07/07/2003 quando a classificação for *assistência hospitalar* e superior a 01/12/2003 quando a classificação for *serviços de alta complexidade* ou *demais estabelecimentos*.
- Tipo de prestador: Preencher de acordo com o cadastrado no PTU e estabelecido com o prestador.
    - Prestador igual a *hospital* somente com classificação igual a *assistência hospitalar*.
    - Prestador igual a *laboratório*, *clínica*, *centro de diagnósticos*, *hospital dia*, *pronto atendimento* ou *pronto socorro* pode ter a classificação *serviços de alta complexidade* ou *demais estabelecimentos*.
    - Prestador igual a *médico*, *pessoa física não médico*, *parceiro comercial* ou home *care* somente classificação igual a *demais estabelecimentos*.
- Informado no PTU-A400: Escolher entre *sim* ou *não*.
- Se não informado no PTU-A400 justifique: Justificar se o prestador não for informado no PTU.
- Planos a Vincular: Escolher somente se classificação igual a *assistência hospitalar* ou *urgência e emergência* igual a *sim*.

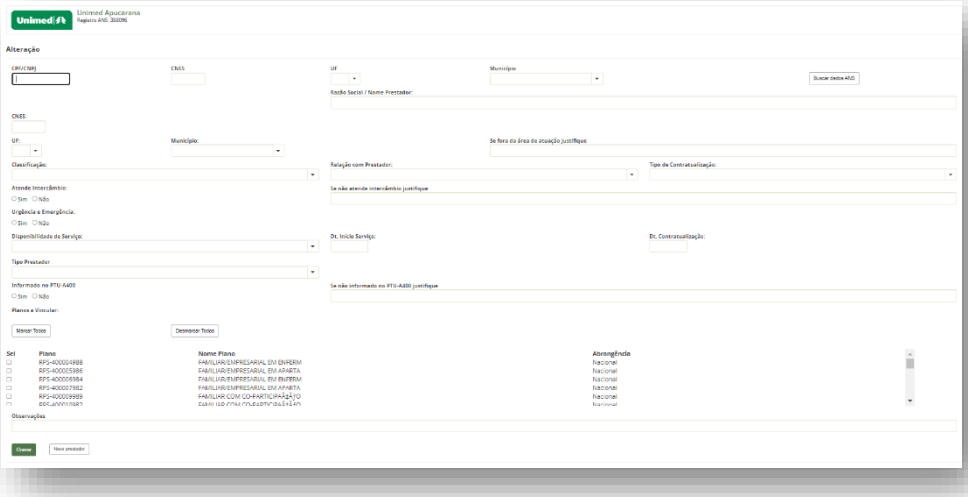
Após gravar o registro, voltar na tela inicial e clicar em *enviar registros*:



Formulário de Alteração



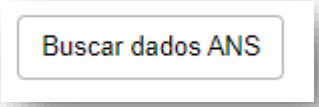




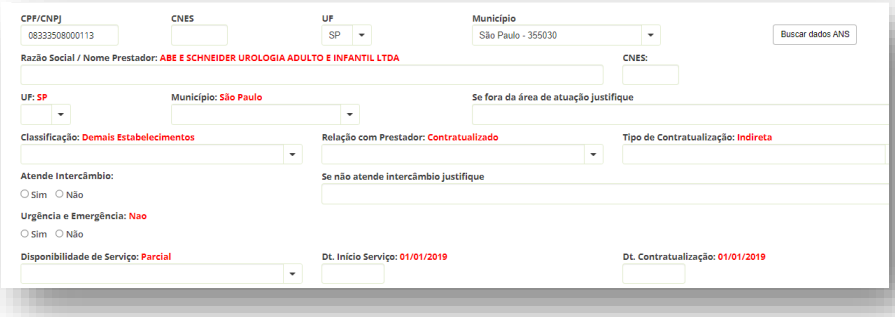
- CPF/CNPJ: Preencher com 11 dígitos se CPF ou 14 dígitos se CNPJ do prestador a ser alterado.
- CNES: Preencher com 7 dígitos ou deixar em branco, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.
- UF: Selecionar UF, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.

- Município: Selecionar o município, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.

Clicar em:



Em vermelho aparecerão as informações conforme o que consta no cadastro atual do prestador no RPS ANS:



Preencher somente os campos a serem alterados.

<u>Regras gerais para alterações.</u>

- Não é possível alterar mais de um campo chave (CNPJ/CPF+CNES+CÓD IBGE).
- Não é possível alterar CNPJ/CPF ou CÓD IBGE se o prestador não possuir CNES preenchido.
- Para alteração de CNES é necessário que o registro conste na base ANS. Consulta através do endereço abaixo:
- https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-do-portal-operadoras/rps-manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos/historico-de-versao-e-outros-arquivos-rps

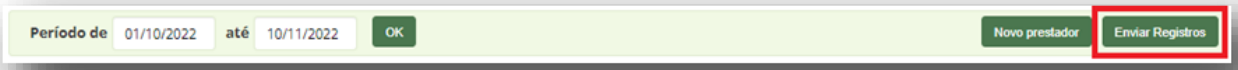
Arquivo do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (.zip)

- Razão Social / Nome Prestador: permite 60 caracteres.
- Classificação:
  - **De** serviços de alta complexidade ou demais estabelecimentos **para** *<u>assistência hospitalar</u>* – será necessário informar os produtos que deverão ser vinculados ao prestador.
  - **De** *<u>assistência hospitalar</u>* **para** serviços de alta complexidade ou *<u>demais estabelecimentos</u>* – utilizar o formulário de exclusão de prestador hospitalar.
- Relação com Prestador:
  - **De** *<u>contratualizado</u>* **para** *<u>próprio</u>* – data de contratualização deverá ser deixada em branco / tipo de contratualização deverá ser deixado em branco.

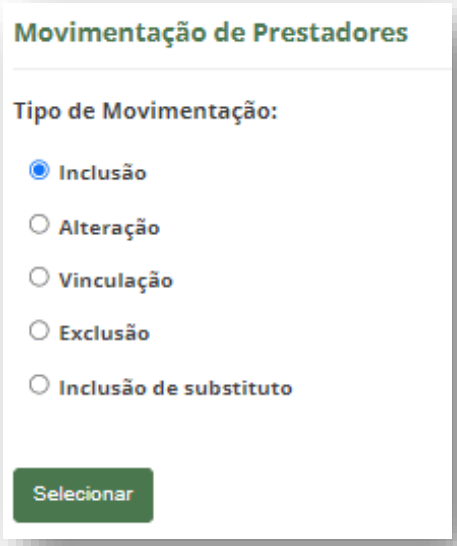
- **De** *próprio* **para** *contratualizado* – data de contratualização deverá ser preenchida / tipo de contratualização deverá ser preenchida.

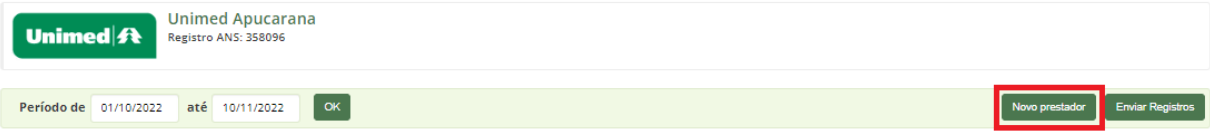
- Urgência e Emergência:
  - **De** *sim* **para** *não* – será feita correspondência para assinatura do responsável legal da Singular.
  - **De** *não* **para** *sim* – será necessário informar os produtos que deverão ser vinculados ao prestador.
- Data de Contratualização:
  - Não preencher quando a relação com o prestador for *próprio*.
  - Preencher com data superior a 07/07/2003 quando a classificação for *assistência hospitalar* e
  - Preencher com data superior a 01/12/2003 quando a classificação for *serviços de alta complexidade* ou *demais estabelecimentos*.

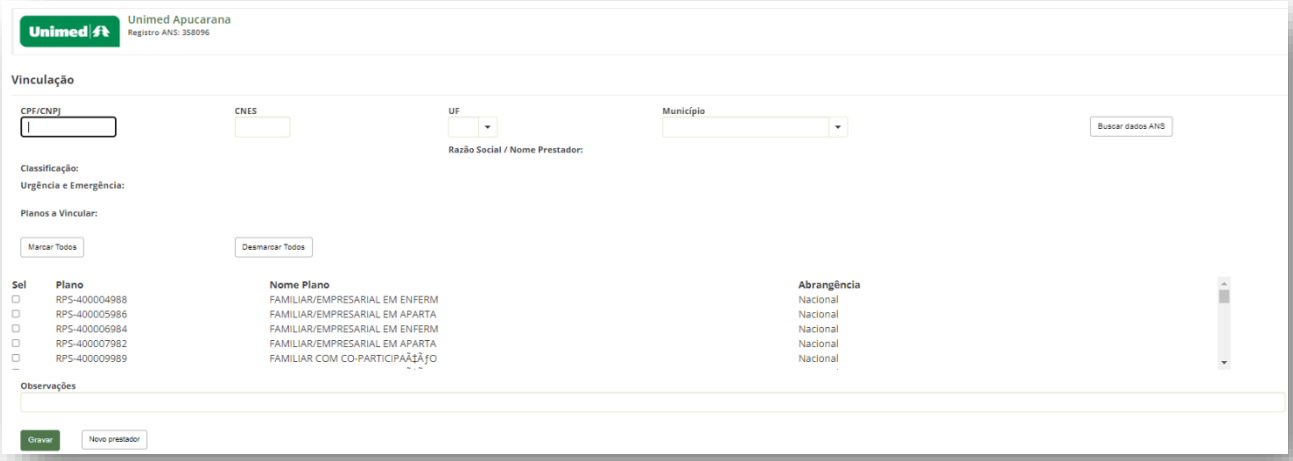
Após gravar o registro, voltar na tela inicial e clicar em *enviar registros*:



Formulário de vinculação

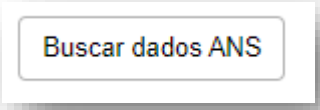




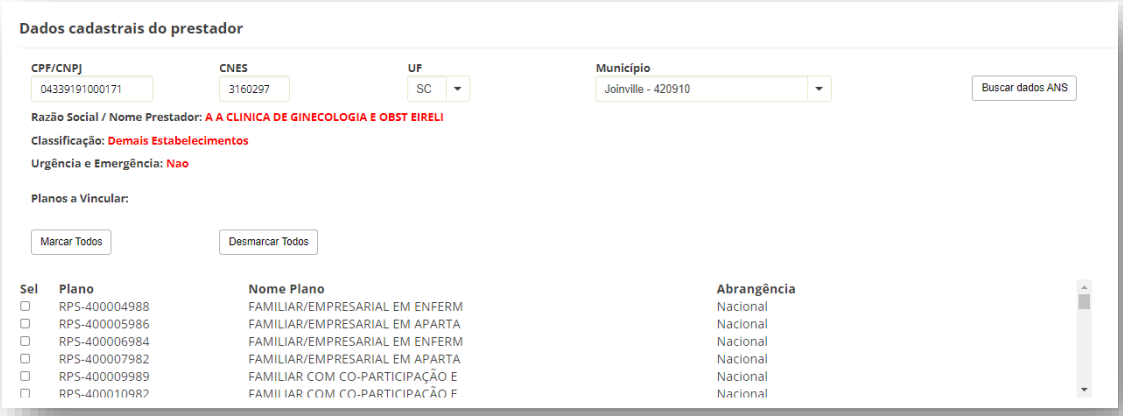


- CPF/CNPJ: Preencher com 11 dígitos se CPF ou 14 dígitos se CNPJ do prestador a ser alterado.
- CNES: Preencher com 7 dígitos ou deixar em branco, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.
- UF: Selecionar UF, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.
- Município: Selecionar o município, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.

Clicar em:



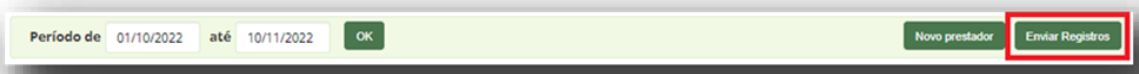
Em vermelho aparecerão as informações conforme o que consta no cadastro atual do prestador no RPS ANS:



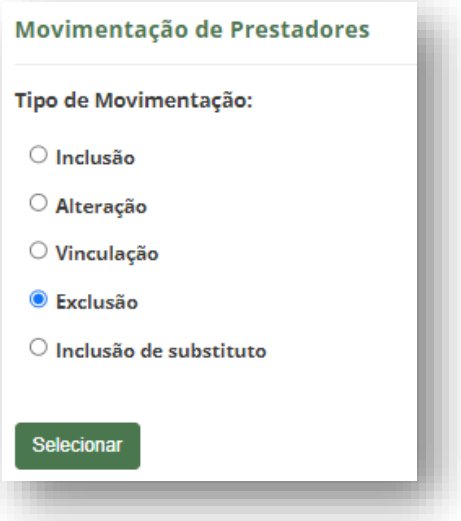
<u>Regras gerais para vinculações.</u>

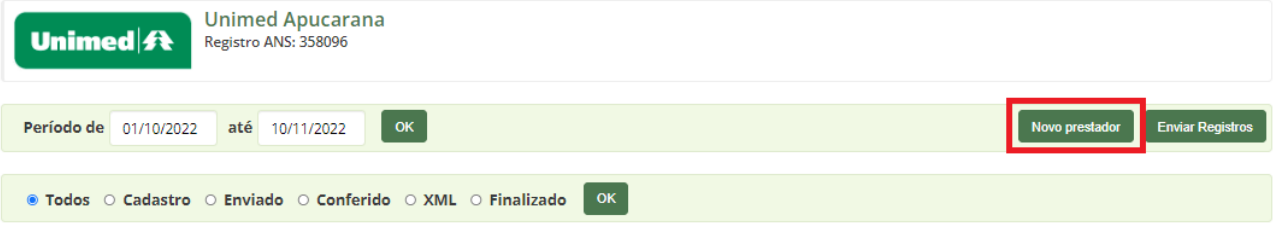
- Não é possível vincular produtos a prestadores com classificação *<u>serviços de alta complexidade</u>* ou *<u>demais estabelecimentos</u>* com urgência e emergência *<u>não</u>* (exemplo acima). Deverá ser solicitada alteração de dados do prestador.
- Produtos exclusivamente ambulatoriais só poderão ser vinculados a prestadores com urgência e emergência *<u>sim</u>*.

Após gravar o registro, voltar na tela inicial e clicar em *<u>enviar registros</u>*:

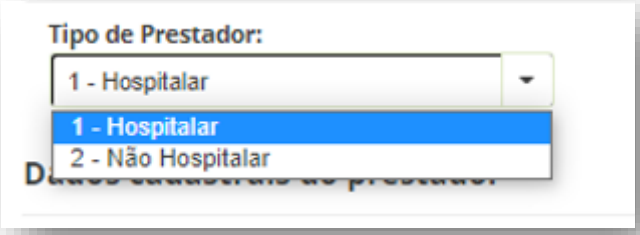


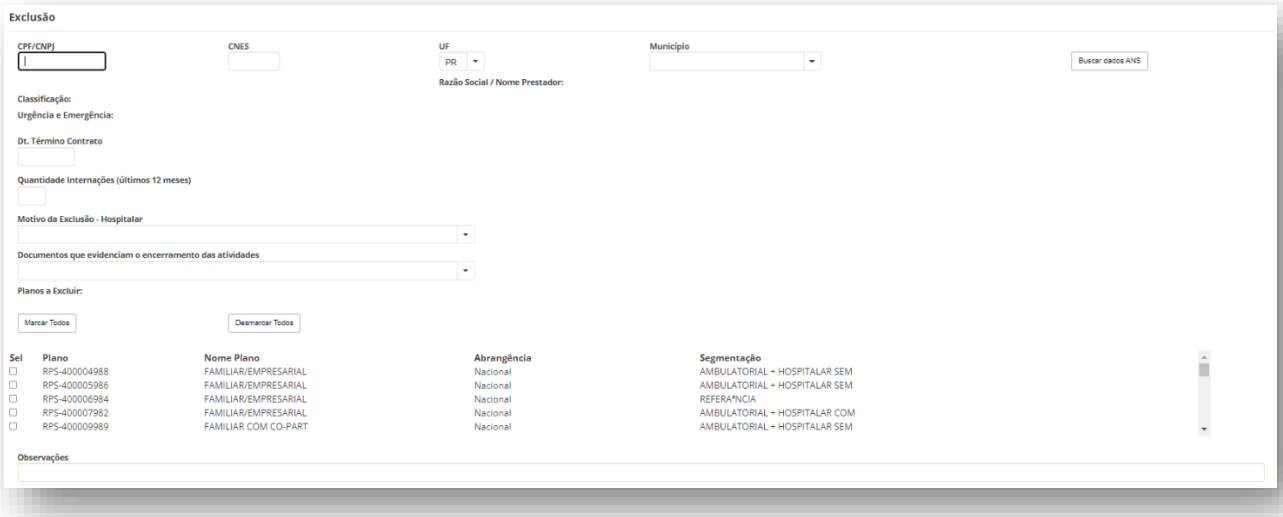
Formulário de exclusão





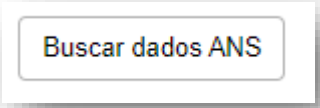
Escolher entre hospitalar ou não hospitalar.



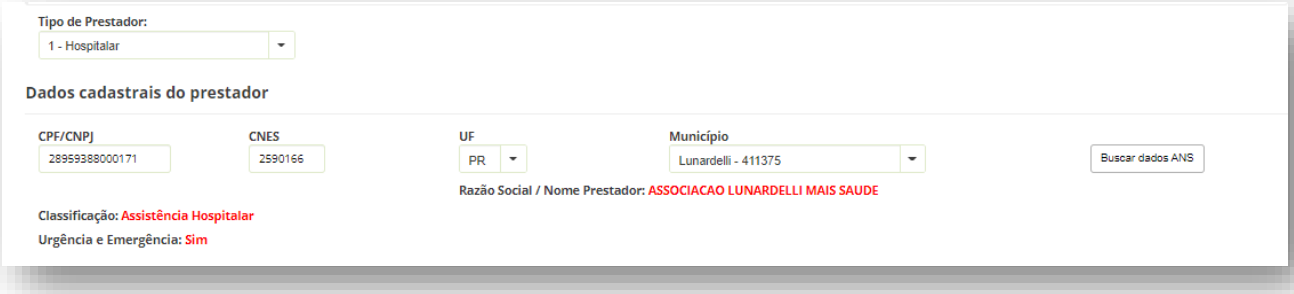


- CPF/CNPJ: Preencher com 11 dígitos se CPF ou 14 dígitos se CNPJ do prestador a ser alterado.
- CNES: Preencher com 7 dígitos ou deixar em branco, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.
- UF: Selecionar UF, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.
- Município: Selecionar o município, de acordo com o cadastro atual do prestador no RPS ANS.

Clicar em:



Em vermelho aparecerão as informações conforme o que consta no cadastro atual do prestador no RPS ANS:

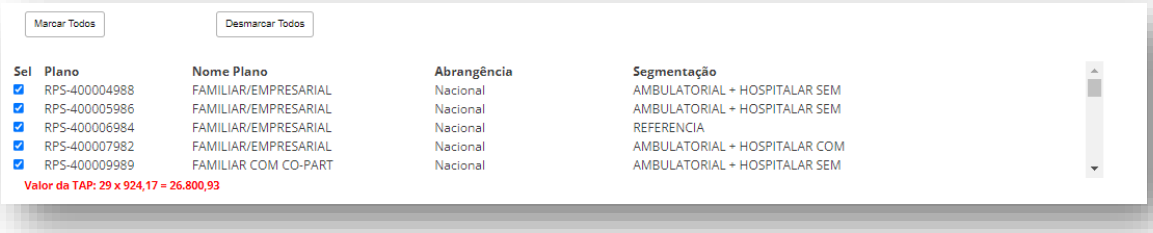


Regras gerais para exclusões.

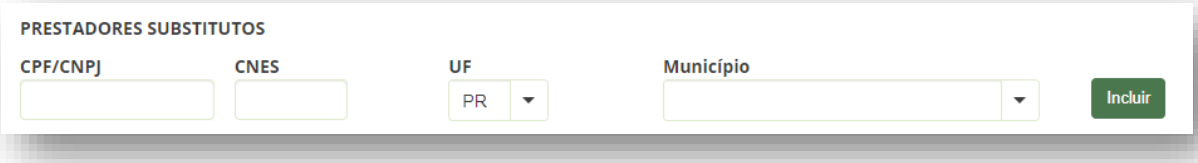
1. **Hospitalar**

- Dt. Término Contrato: Informar a data de término do contrato com o prestador.
- Quantidade Internações (últimos 12 meses): Informar a quantidade de internações realizadas do prestador a ser excluído nos últimos 12 meses.
- Motivo da Exclusão – Hospitalar:
  - Interesse da operadora – quando a operadora realiza o descredenciamento do prestador. O processo só poderá ser realizado com esse motivo se o número de internações nos últimos 12 meses for igual a zero.
  - Interesse do prestador – quando o prestador solicita o descredenciamento. Deverá ser encaminhado o documento formal dessa solicitação, assinado pelo responsável legal do estabelecimento de saúde. É necessário indicar o(s) prestador(es) que absorverá(ão) a demanda, respeitando os critérios constantes na IN Dipro 46.
  - Encerramento de atividades – selecionar qual documentação comprobatório no campo d*ocumentos que evidenciam o encerramento das atividades.*
  - Substituição de prestador – quando um estabelecimento hospitalar será descredenciado e em seu lugar será credenciado um novo prestador.
- Documentos que evidenciam o encerramento das atividades – deverá ser preenchido somente se o motivo de exclusão for *encerramento de atividades*.
  - Declaração da Secretaria de Saúde local.
  - Declaração do responsável legal pelo estabelecimento.
  - Consulta atualizada ao DataSUS CNES.
  - Notícias em meios de comunicação em massa.
  - Fechamento total do estabelecimento.
  - Extinção de todas as atividades contratadas pela operadora.
  - Prestador tornou-se exclusivamente SUS.
  - Ata Notarial.

Serão marcados automaticamente todos os produtos que estiverem vinculados ao prestador e apresentará o valor estimado da Taxa de Alteração de Produtos (TAP).



Nos casos em que houver a necessidade de indicar substituto ou prestador que absorverá a demanda, devem ser preenchidos os campos abaixo:



Regras gerais para exclusões.

2. **Não Hospitalar**

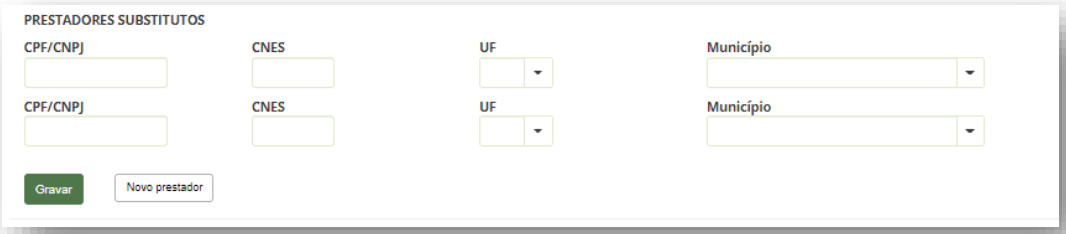
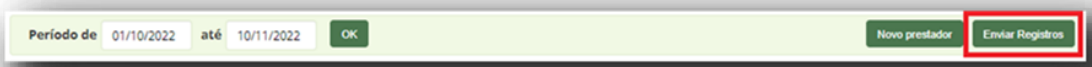
- Dt. Término Contrato: Informar a data de término do contrato com o prestador.
- Quantidade Atendimentos (últimos 12 meses): Informar a quantidade de atendimentos realizadas pelo prestador a ser excluído nos últimos 12 meses.
- Motivo da Exclusão - Não Hospitalar:
  - Quando comprovadamente prestador da rede absorver a demanda do prestador excluído – É necessário indicar o(s) prestador(es) que absorverá(ão) a demanda, respeitando os critérios constantes na RN 365.
  - Quando houver rescisão de contrato coletivo que reduza a carteira da operadora em mais de 50% - SEM SUBSTITUTO.
  - Quando constatada ausência de prestação de serviços pelo prestador nos últimos 12 meses - SEM SUBSTITUTO.
  - Quando o prestador comprovadamente exigiu vantagem financeira do beneficiário que foi atendido (fraude) - SEM SUBSTITUTO.
  - Quando prestadores se unem e suspendem o atendimento à operadora como método coercitivo para obter vantagem- SEM SUBSTITUTO.
  - Médico cooperado – lei 5.764 - SEM SUBSTITUTO.
  - Profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras- SEM SUBSTITUTO.
  - Suspensão definitiva dos atendimentos por parte do prestador em razão de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, sem notificação prévia da operadora da rescisão ou não renovação contratual, conforme estabelecido em contrato. - SEM SUBSTITUTO.

Serão marcados automaticamente todos os produtos que estiverem vinculados ao prestador

Marcar Todos Desmarcar Todos

Sel	Plano	Nome Plano	Abrangência	Segmentação
☐	RPS-400004988	FAMILIAR/EMPRESARIAL	Nacional	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM
☐	RPS-400005986	FAMILIAR/EMPRESARIAL	Nacional	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM
☐	RPS-400006984	FAMILIAR/EMPRESARIAL	Nacional	REFERENCIA
☐	RPS-400007982	FAMILIAR/EMPRESARIAL	Nacional	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM
☐	RPS-400009989	FAMILIAR COM CO-PART	Nacional	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM

Nos casos em que houver a necessidade de indicar substituto ou prestador que absorverá a demanda, devem ser preenchidos os campos abaixo:



Após gravar o registro, voltar na tela inicial e clicar em *enviar registros*: