

CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2018

INFORMATIVO PARA OS PRESTADORES CREDENCIADOS

O Programa Plantão Saúde tem por objetivo realizar cirurgias eletivas de média e alta complexidade nas especialidades bariátrica, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurocirurgia, ortopedia, traumatologia e urologia.

Por meio do Edital de Chamamento Público 01/2018 foram credenciados os prestadores que participaram desse processo.

Conforme acordado, após a assinatura e publicação dos contratos, a CRESUS disponibilizará a lista dos pacientes para cada instituição/prestador, que fará contato com seus pacientes para agendar a consulta/avaliação. Caso o paciente não seja localizado, o prestador deverá contatar a CRESUS.

No momento dessa primeira consulta o prestador deverá acessar o sistema UNISUS-WEB para confirmar o paciente, conforme passo a passo abaixo.

| OPERAÇÃO | |
|----------|---|
| 1º Passo | Abrir a lista encaminhada pela CRESUS, inserida no sistema UNISUS-WEB |
| 2º Passo | Clicar confirmar atendimento |
| 3º Passo | Clicar confirmar campanha |
| 4º Passo | Selecionar o paciente a ser confirmado |
| 5º Passo | Inserir a CHAVE DE CONFIRMAÇÃO que consta no BOLETO de agendamento encaminhado pela CRESUS (chave composta por três caracteres) |
| 6º Passo | Marcar indicação cirúrgica: (X) SIM e informar a data do agendamento ___/___/___ () Não * |
| | * Importante: Caso seja assinalado a opção errada, o prestador deverá informar a situação através do e-mail suporteunisuusweb@gmail.com e solicitar um novo agendamento. |
| 7º Passo | Clicar em Avançar e depois em Concluir |

Para acesso ao sistema UNISWEB, o prestador deverá ter uma senha e caso não esteja cadastrado no sistema, deverá encaminhar solicitação de acesso para o e-mail **suporteunisuusweb@gmail.com**, com as seguintes informações: identificação da instituição e dados do operador do sistema (nome completo, CPF e telefone). Em caso de dúvida, o prestador deverá entrar em contato com Régis/CRESUS no telefone (85)3101.52.44.

Lembramos que o PRONTUÁRIO DO PACIENTE deverá ser aberto já desde a primeira consulta, sendo devidamente preenchido e atualizado com o registro dos exames realizados e as evoluções.

Realizados os exames pré-operatórios e confirmada a necessidade de realizar a cirurgia, o prestador marcará o procedimento e encaminhará RELATÓRIO para o e-mail **suporte.saudecirurgia@gmail.com** informando os pacientes avaliados e a data de agendamento do procedimento, para que a CRESUS possa autorizar a cirurgia no sistema.

Após a realização do procedimento, o paciente retornará para a avaliação pós-cirúrgica e a alta médica. Todos os atendimentos deverão ser registrados no sistema SISAIH01 e encaminhados para a Secretaria Municipal da Saúde onde está localizada a sua unidade para processar as informações no SIHD.

Lembramos que cada procedimento tem um código específico e a AIH terá uma numeração especial, que será disponibilizada pela Secretaria da Saúde do Estado/SESA, por meio do UNISUS-WEB.

Especificamente para o procedimento 0405030053 – Injeção Intra-Vítreo, o registro será no BPA-Magnético Individualizado, com numeração de APAC específica no campo autorização. Esta numeração

específica de APAC deverá ser solicitada em modelo disponibilizado no **site extranet.saude.ce.gov.br/covac**, conforme passo a passo a seguir, preenchida e enviada para o e-mail **suporte.saudecirurgia@gmail.com**.

| OPERAÇÃO | |
|----------|--|
| 1º Passo | Acessar o site extranet.saude.ce.gov.br/covac |
| 2º Passo | Clicar em PLANILHAS E MANUAIS |
| 3º Passo | Clicar em MODELO DE SOLICITAÇÃO DE APAC PLANTÃO SAÚDE |
| 4º Passo | Preencher com os dados: CNES da unidade, nome do estabelecimento e competência (mês e ano) |
| 5º Passo | Datar e assinar |
| 6º Passo | Encaminhar por e-mail para suporte.saudecirurgia@gmail.com |
| 7º Passo | Aguardar a disponibilização da numeração pelo site, na aba RELATÓRIOS |
| 8º Passo | Acessar a aba RELATÓRIOS e clicar na opção DISTRIBUIÇÃO DAS APACs POR MUNICÍPIO |
| 9º Passo | Escolher município e competência e clicar MOSTRAR RELATÓRIO |

No caso de dúvida sobre o registro das AIHs no SISAIH01 e APAC no BPA-Magnético o prestador deverá agendar treinamento junto ao NUICS/CORAC. Se a dúvida for referente a AIH, contatar Amauri pelo telefone (85) 3101-5241. Se referente ao BPA-Magnético, contatar Leite pelo número (85) 3101-5231.

Para a efetivação do pagamento é essencial observar os seguintes pontos:

- 1) O valor do procedimento especificado no Edital é referente às despesas com “PACOTE” que inclui a primeira consulta/avaliação, exames pré, trans e pós-operatórios, atendimento cirúrgico, internação, serviços profissionais, medicamentos, disponibilização de OPME e avaliação pós-operatória.
- 2) O prazo entre a avaliação do paciente e a realização do procedimento será de 15 (quinze) dias.
- 3) Cada município executor fará o processamento e transmissão das informações para o DATASUS/Ministério da Saúde. Após a validação desses procedimentos, o NUICS/CORAC baixará as remessas e identificará as AIH específicas, para gerar o relatório de produção baseado na tabela do Edital de Chamamento 01/2018.
- 4) Ao final do processamento, o prestador deverá encaminhar OFÍCIO solicitando o pagamento do que foi produzido para o e-mail **suporte.saudecirurgia@gmail.com**. Esse ofício deverá conter os números das AIHs, procedimentos realizados, nome dos pacientes, datas das internações e das altas médicas, de acordo com a planilha anexa. Lembramos que ao ofício deverá ser anexado cópia do relatório detalhado da descrição cirúrgica e do relatório da alta médica.

A solicitação de remanejamento ou troca de procedimento deverá ser solicitada por meio do e-mail **suporte.saudecirurgia@gmail.com** ou telefone (85) 3488-2136/98439-2895.

Ressaltamos que, em caso de dúvidas, o prestador poderá agendar orientação junto a CRESUS (gerenciamento da fila e procedimentos) e/ou NUICS (processamento).



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PROGRAMA PLANTÃO SAÚDE – CIRURGIAS ELETIVAS
RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR PACIENTE

MUNICÍPIO:

COMPETÊNCIA:

CNES da Unidade:

UNIDADE:

| Nº da AIH | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | ESPECIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO | NOME DO PACIENTE | DATA DA INTERNAÇÃO | DATA DA ALTA MÉDICA |
|------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESTADOR