

**Unimed** 

 SIR-Rep

# MANUAL DO USUÁRIO SIR-Rep

---

VERSÃO 1.0

# Sumário

1 - INTRODUÇÃO .....	3
2 - ACESSO .....	4
3 - FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRODUTOS.....	5
3.1. ACESSO AO FORMULÁRIO .....	5
3.2. ABA DADOS GERAIS .....	7
3.3. ABA ATUAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO.....	10
3.3.1. ADICIONAR MUNICÍPIOS À ÁREA DE ATUAÇÃO (COBERTURA) DO PRODUTO....	11
3.3.2. ADICIONAR MUNICÍPIOS À ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO .....	12
3.4. ABA REDE ASSISTENCIAL .....	14
3.4.1. PRODUTOS SEM RESTRIÇÃO DE REDE .....	14
3.4.2. PRODUTOS COM RESTRIÇÃO DE REDE .....	14
3.5. ABA REMUNERAÇÃO PRESTADORES .....	17
3.6. ABA FATOR MODERADOR.....	18
3.7. ABA CARREGAMENTOS.....	19
3.8. ABA CARÊNCIAS .....	20
3.9. ABA DEPENDENTES.....	21
3.10. ABA POLÍTICA DE DESCONTOS .....	22
3.11. ABA OUTRAS INFORMAÇÕES.....	23
3.12. ABA PORTA DE ENTRADA .....	24
3.13. OUTRAS INSTRUÇÕES .....	26
3.13.1. GRAVAR ABA.....	27
3.13.2. LIMPAR ABA.....	27
3.13.3. AUTOPREENCHIMENTO DE CAMPOS / VALIDAÇÕES E ALERTAS DO FORMULÁRIO .....	27
4 - DEMANDAS.....	28
4.1. CRIAR DEMANDA.....	28
4.2. ENVIAR DEMANDA .....	31
4.3. ACOMPANHAR DEMANDA .....	34
4.4. DADOS DO DEFERIMENTO .....	36
4.5. CANCELAMENTO DE DEMANDA .....	37
4.5. COMENTÁRIOS .....	39
5 - GLOSSÁRIO .....	40
6 - INFORMAÇÕES UTEIS.....	41

# 1 - INTRODUÇÃO

Este manual tem como objetivo orientar os usuários das Singulares do Estado do Paraná na utilização do **Sistema de Informações Regulatórias focado em Registro de Produtos - SIR-REP**.

O SIR-REP é a ferramenta customizada da Central Estadual de Registro de Produtos (CERPRO).

Trata-se de uma solução desenvolvida pela empresa **Exeplan Consultoria e Sistemas** em parceria com a **Unimed Paraná**, concebida para assegurar a conformidade regulatória e atender às especificidades do Sistema Unimed.

Mais do que um simples recurso tecnológico, o SIR-REP representa um marco na modernização do processo de registro de produtos. Sua criação reflete a necessidade de que esses processos evoluam continuamente, incorporando ferramentas que viabilizem a verificação e confiabilidade das informações, tornando o fluxo operacional mais seguro e estratégico.

A estrutura do SIR-REP é composta por dois elementos centrais: o **Formulário eletrônico de Registro de Produtos**, que substitui os antigos formulários em Excel e garante maior integridade das informações e o **Módulo de Gestão de Demandas**, destinado à abertura e acompanhamento das demandas de registro de produtos. Além disso, disponibiliza um **Glossário de Termos**, visando uniformizar conceitos e promover clareza na comunicação regulatória.

## 2 - ACESSO

O SIR-REP pode ser acessado a partir da página [Nossos Serviços](#) do hotsite da Assessoria Regulamentar ou diretamente por meio do link <https://sir.adm.br/rep/>.



A tela de login do SIR-REP apresenta o logo do sistema no topo, seguido pelo título "Sistema de Informações Regulatórias em Saúde Suplementar (Registro de Produtos)". Abaixo, há uma seção intitulada "Cliente" com dois campos de entrada: "Login de acesso" (com ícone de usuário) e "Senha" (com ícone de cadeado). Um botão verde "Entrar" está posicionado abaixo dos campos. Na base da tela, há um link "Voltar" sublinhado.

Para os usuários que também utilizam o SIR-SIB, o usuário e a senha de acesso são únicos.

## 3 - FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRODUTOS

O Formulário eletrônico de Registro de Produtos constitui a principal inovação trazida pelo SIR-REP.

Destina-se à inclusão e gerenciamento das informações dos planos de saúde a serem registrados, assegurando a padronização, rastreabilidade e aderência às exigências regulatórias, por meio de críticas aplicadas durante o preenchimento dos campos.

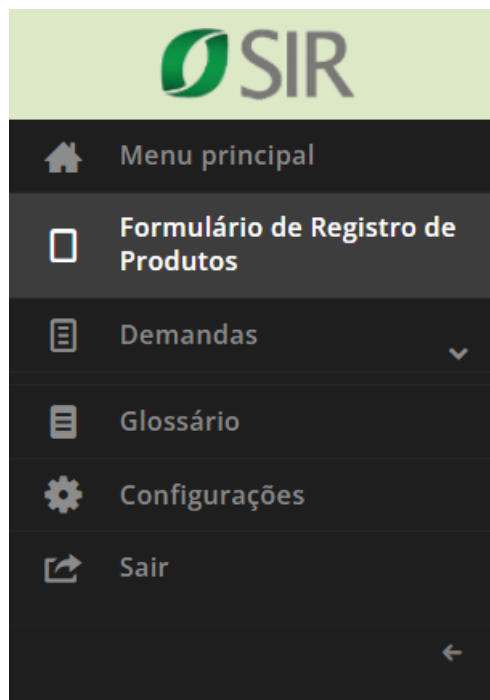
Sua estrutura, organizada em abas temáticas, possibilita o preenchimento das informações requeridas de forma gradual.

Neste capítulo, serão apresentadas as características, particularidades e instruções de preenchimento de cada aba do formulário.

O objetivo é orientar o usuário em todas as etapas do processo, garantindo a consistência das informações e o correto encaminhamento das demandas para análise.

### 3.1. ACESSO AO FORMULÁRIO

Clicar em *Formulário de Registro de Produtos* no Menu Principal:



Será exibida a tela abaixo:

Data da Solicitação de 13/10/2025 até 13/10/2025 OK Novo Produto

### Formulário de Registro de Produtos

Formulário Número	Nome Comercial	Tipo Contratação	Abrangência	Segmentação	Data do Status	Status do Formulário	Formulário Vinculado	
Form-312720-20251013-0016	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	1 - INDIVIDUAL/FAMILIAR	5 - MUNICIPAL	1 - AMBULATORIAL	13/10/2025	✓ - Concluído	Não	📄 🗑️
Form-312720-20251013-0017	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	1 - INDIVIDUAL/FAMILIAR	1 - NACIONAL	1 - AMBULATORIAL	13/10/2025	✓ - Concluído	Não	📄 🗑️
Form-312720-20251013-0018	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	2 - COLETIVO EMPRESARIAL	5 - MUNICIPAL	1 - AMBULATORIAL	13/10/2025	✓ - Concluído	Não	📄 🗑️
Form-312720-20251013-0019	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	2 - COLETIVO EMPRESARIAL	5 - MUNICIPAL	1 - AMBULATORIAL	13/10/2025	✓ - Concluído	Não	📄 🗑️

Total: 4

Para criar um formulário, clicar em *Novo Produto*.

O Formulário de Registro de Produtos é composto por abas. Cada aba exibirá o indicador correspondente ao status de preenchimento do formulário, a saber:

🚩 - Pendente

👉 - Em preenchimento

✓ - Concluído

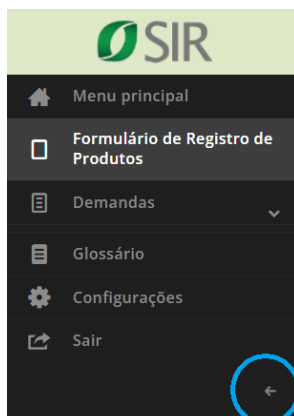
Exemplo:

### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓	Rede Assistencial 👉	Remuneração Prestadores 👉	Fator Moderador 👉
Carregamentos ✓	Carências 👉	Dependentes ✓	Política de Descontos ✓	Outras Informações ✓

O formulário será habilitado para envio da demanda de registro quando todas as abas estiverem com status ✓ - Concluído

Para ampliar a área do formulário de registro em tela, clique na seta (<-) abaixo do Menu Principal, para ocultar o menu:



## 3.2. ABA DADOS GERAIS

### CAMPOS DA ABA

#### ⊗ NOME COMERCIAL

Obrigatório.

Informar o nome comercial do produto de acordo com as instruções de preenchimento:

- O nome comercial não pode induzir o beneficiário ao erro;
- Em novo registro não pode ser utilizado nome comercial já existente no Relatório de Planos da Operadora junto à ANS;
- Não pode ultrapassar 60 posições;
- Recomenda-se não especificar, no nome comercial, o percentual de coparticipação;
- Caracteres permitidos no nome comercial do produto: letras, números, % (percentual), / (barra), - (hífen), + (mais), - (til), ^ (circunflexo), ' (agudo), ` (crase), \$ (cifrão).

#### ⊗ TIPO DE CONTRATAÇÃO

Obrigatório.

Selecionar uma opção da lista:

- Individual/Familiar
- Coletivo empresarial
- Coletivo por Adesão

Caso a contratação seja Individual/Familiar estarão desabilitadas as opções:

- Formação de preço Pós-estabelecido e
- Vínculo empregatício.

Caso a contratação seja Coletivo empresarial estará desabilitada a opção:

- Sem vínculo empregatício.

Caso a contratação seja Coletivo por adesão estará desabilitada a opção:

- Com vínculo empregatício ativo. Com vínculo empregatício inativo.

Caso a operadora esteja classificada como Autogestão a opção Individual/Familiar estará desabilitada.

#### ⊗ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Obrigatório.

Selecionar uma opção da lista:

- Nacional
- Grupo de Estados
- Estadual
- Grupo de Municípios
- Municipal

Conforme a abrangência do Plano serão feitas as seguintes críticas:

Nacional - a aba Área de Atuação estará habilitada porém não será permitido selecionar UFs e Municípios pois pressupõe operação em todas as UFs.

Grupo de Estados - na aba Área de Atuação devem ser selecionados no mínimo 2 (dois) estados, porém não atingindo a cobertura nacional (todas as UFs).

Estadual - na aba Área de Atuação deve ser selecionado 1 (um) estado como opção para operação.

Grupo de Municípios - na aba Área de Atuação devem ser selecionados no mínimo 2(dois) e no máximo 50% dos municípios do estado ou de outros estados, desde que não ultrapasse o limite de 50% de municípios de cada estado.

Municipal - na aba Área de Atuação deve ser selecionado 1 (um) município como opção para operação.

### ⊗ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Obrigatório.

Selecionar uma opção da lista:

- a) Ambulatorial
- b) Hospitalar com obstetrícia
- c) Hospitalar sem obstetrícia
- d) Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
- e) Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
- f) Referência

### ⊗ FORMAÇÃO DE PREÇO

Obrigatório.

Selecionar uma opção da lista:

- a) Pré-estabelecido
- b) Pós-estabelecido - Rateio
- c) Pós-estabelecido - Custo Operacional

### ⊗ PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Selecionar uma opção da lista (exceto para a segmentação Ambulatorial):

- a) Individual
- b) Coletivo

### ⊗ MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Por padrão, a opção Autorização Prévia será automaticamente preenchida.

Se houver outros mecanismos de regulação, selecionar entre as opções na lista.

Caso a opção “Porta de Entrada” seja selecionada:

- a) Responder se haverá cobrança de coparticipação dentro da estrutura de Porta de Entrada;
- b) Realizar o preenchimento da aba exclusiva para “Porta de Entrada”:

Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais	Atuação e comercialização do produto	Rede Assistencial	Remuneração Prestadores	Fator Moderador
Carregamentos ✓	Carências ✓	Política de Descontos ✓	Porta de Entrada ✓	Outras Informações ✓

- c) Caso a opção “Direcionamento” ou “Restrição de Rede” seja marcada, ANEXAR a lista de priorização do Direcionamento ou explicação detalhada do funcionamento.

### ⊗ VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO

Obrigatório para planos com Contratação “Coletivo Empresarial” ou “Coletivo por Adesão”.

Planos com contratação “Coletivo Empresarial”, devem ter pelo menos uma das opções: “Com vínculo empregatício ativo” e/ou “Com vínculo empregatício inativo”. A opção “Sem vínculo empregatício” não poderá ser selecionada.

Planos com contratação “Coletivos por Adesão”, tem a opção “Sem vínculo empregatício” automaticamente marcada. As opções “Com vínculo empregatício ativo” e “Com vínculo empregatício inativo” não podem ser selecionadas.

Planos com Contratação Individual, não se aplica.

### ⊗ COBERTURAS ADICIONAIS

Opcional.

Informar se o produto possuirá coberturas adicionais vinculadas ao seu registro e selecioná-las na lista.

### ⊗ ACESSO À LIVRE ESCOLHA

Esta característica está relacionada aos produtos que operam com 100% de reembolso. Especificar na aba “Outras Informações”, caso a operadora tenha interesse de comercializar produto com esta característica e indicar em quais grupos de eventos incidirá.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Dados Gerais:

Sistema de Informações Regulatória em Saúde Suplementar  
**REP - Registro de Produtos**

Unimed Apucarana  
Registro ANS: 358096

### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais	Atuação e comercialização do produto	Rede Assistencial	Remuneração Prestadores	Fator Moderador	
Carregamentos	Carências	Dependentes	Política de Descontos	Porta de Entrada	Outras Informações

**Dados Gerais**

Nome Comercial do Produto  
TESTE EMPRESARIAL - EM APARTAMENTO

Tipo Contratação: 02 - COLETIVO EMPRESARIAL  
Segmentação: 06 - AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA  
Área Geográfica de Abrangência: 04 - GRUPO DE MUNICÍPIOS

Vínculo Beneficiário: COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATIVO E INATIVO  
Acomodação: 02 - INDIVIDUAL (APARTAMENTO)  
Formação de Preço: PRÉ-ESTABELECIDO

Mecanismos de Regulação:  
 Coparticipação  
 Porta de Entrada  
 Franquia  
 Direcionamento  
 Autorizações Prévias  
 Restrição de Rede

Haverá cobrança de coparticipação dentro da estrutura de Porta de Entrada?  Sim  Não

**Porta de Entrada:** Caso a passagem pela Porta de Entrada seja obrigatória, faz-se necessário o preenchimento dos dados na aba Porta de Entrada.  
**Direcionamento:** ANEXAR AQUI a lista de priorização do Direcionamento, ou explicação detalhada do funcionamento. [Postagem atendimentos no indicador.docx](#)

Coberturas Adicionais?  Sim  Não

Coberturas	Valor
<input type="checkbox"/> 01 - Assistência/Internação Domiciliar	R\$
<input type="checkbox"/> 02 - Assistência Farmacêutica	R\$
<input type="checkbox"/> 03 - Transporte Aeromédico	R\$
<input type="checkbox"/> 04 - Emergência Domiciliar	R\$
<input type="checkbox"/> 05 - Emergência Fora da Abrangência	R\$
<input type="checkbox"/> 06 - Transplantes não Obrigatórios	R\$
<input type="checkbox"/> 07 - Procedimentos Estéticos	R\$
<input type="checkbox"/> 08 - Assistência Internacional	R\$
<input type="checkbox"/> 09 - Saúde Ocupacional	R\$
<input type="checkbox"/> 11 - Remissão por Período Determinado	R\$
<input type="checkbox"/> 12 - Prêmios em Dinheiro por Sorteio Vinculado à Adimplência	R\$
<input type="checkbox"/> 13 - Isenção por Prazo Determinado do Pagamento da Contraprestação	R\$
<input type="checkbox"/> 14 - Outras coberturas adicionais	R\$

Acesso à Livre Escolha?  Sim  Não

Responsável pelas informações: Cris Pereira  
Local das informações: a

Representante legal da operadora: abababab  
Data da Solicitação: 17/04/2024

Gravar Limpar tudo

SUPOORTE TÉCNICO: SEGUNDA A SEXTA - 09H ÀS 18H

Copyright © SIR (desde 2015). Todos os direitos reservados - Exeplan, desde 1994 gerando soluções informatizadas.

**Dica de navegação:** Posicione o ponteiro do mouse sobre o ícone **i** para obter mais informações sobre os campos do formulário. Os termos utilizados no formulário também poderão ser consultados no Glossário.

### 3.3. ABA ATUAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO

#### Área de atuação do produto

Especificar o(s) município(s) e/ou a(s) UFs onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, de acordo com a área geográfica de abrangência selecionada na aba Dados Gerais. A área de atuação do produto não poderá ser inferior à área de comercialização do plano.

#### Área de comercialização do produto

Município(s) onde o plano será comercializado. De acordo com as normas internas do Sistema Unimed, a operadora somente está autorizada a comercializar planos em sua área de ação.

Caso a área de atuação do produto abranja exclusivamente municípios pertencentes à área de atuação da própria operadora, a resposta à pergunta indicada na imagem abaixo deverá ser marcada como 'Não', conforme imagem abaixo:

#### Área de atuação do produto

A área geográfica de abrangência do plano conterà municípios FORA da área de atuação da operadora?  Sim  Não

Caso a área de atuação do produto contenha municípios inseridos na área de atuação de outras operadoras, deverá ser selecionada a opção 'Sim', sendo necessário anexar as evidências da formalização do acordo com as Singulares detentoras da rede, conforme imagem abaixo:

#### Área de atuação do produto

A área geográfica de abrangência do plano conterà municípios FORA da área de atuação da operadora?  Sim  Não

Caso se trate de produto Grupo de Municípios que possui em sua área de cobertura municípios FORA do estado do Paraná e FORA da área de ação da Singular, é obrigatório anexar a(s) evidência(s) da formalização do acordo prévio com a(s) Singular(es) detentora(s) da rede. [Clique aqui, para anexar.](#)

### 3.3.1. ADICIONAR MUNICÍPIOS À ÁREA DE ATUAÇÃO (COBERTURA) DO PRODUTO

Selecione a UF

 ▼

Selecione o(s) Município(s)

<input type="checkbox"/>	PR	410800	Florestópolis
<input type="checkbox"/>	PR	410810	Flórida
<input type="checkbox"/>	PR	410820	Formosa do Oeste
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410830	Foz do Iguaçu
<input type="checkbox"/>	PR	410832	Francisco Alves
<input type="checkbox"/>	PR	410840	Francisco Beltrão
<input type="checkbox"/>	PR	410845	Foz do Jordão

Município(s) selecionado(s):

PR - PARANA - 2 município(s) DENTRO da Área Atuação da operadora.

Curitiba

Foz do Iguaçu

Total Geral: 2

- 1 - Selecionar a UF;
- 2 - Localizar os municípios da UF desejada rolando a lista ou digite CTRL+F e informar o nome do município;
- 3 - Marcar a caixa de seleção ao lado esquerdo da linha correspondente ao município desejado e clicar em 'Incluir';
- 4 - Abaixo da lista será exibido o nome dos municípios adicionados.

Para remover um município adicionado, desmarcar a caixa de seleção e clicar em 'Atualizar'.

### 3.3.2. ADICIONAR MUNICÍPIOS À ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO

#### Área de comercialização do produto

Selecione o(s) Município(s)

Marcar Todos

Desmarcar Todos

Incluir

Sel	UF	Cod Município	Nome Município
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410690	Curitiba
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410830	Foz do Iguaçu

#### Município(s) selecionado(s):

PR - PARANA - 2 municípios.

Curitiba

Foz do Iguaçu

Total Geral: 2

- 1 - Selecionar a UF;
- 2 - Localizar os municípios da UF desejada rolando a lista ou digitar CTRL+F e informar o nome do município;
- 3 - Marcar a caixa de seleção ao lado esquerdo da linha correspondente ao município desejado e clicar em 'Incluir';
- 4 - Abaixo da lista será exibido o nome dos municípios adicionados.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Atuação e comercialização do produto:

### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais	Atuação e comercialização do produto	Rede Assistencial	Remuneração Prestadores	Fator Moderador
Carregamentos	Carências	Dependentes	Política de Descontos	Outras Informações

#### Atuação e comercialização do produto

- Pendente, - Em preenchimento, - Concluído

Área Geográfica de Abrangência: 04 - GRUPO DE MUNICÍPIOS

#### Área de atuação do produto

A área geográfica de abrangência do plano conterá municípios FORA da área de atuação da operadora?  Sim  Não

Caso se trate de produto Grupo de Municípios que possui em sua área de cobertura municípios FORA do estado do Paraná e FORA da área de ação da Singular, é obrigatório anexar a(s) evidência(s) da formalização do acordo prévio com a(s) Singular(es) detentora(s) da rede. [Clique aqui, para anexar.](#)

Selecione a UF

PR - PARANA

Selecione o(s) Município(s)

Sel	UF	Cod Município	Nome Município	Atuação
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410140	Apucarana	Sim
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410165	Arapuã	Sim
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410185	Ariranha do Ivaí	Sim
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410320	Bom Sucesso	Sim
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410330	Borrazópolis	Sim
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410350	Califórnia	Sim

Município(s) selecionado(s):

PR - PARANA - 30 município(s) DENTRO da Área Atuação da operadora.

Apucarana	Arapuã	Ariranha do Ivaí	Bom Sucesso	Borrazópolis
Califórnia	Cambira	Cruzmaltina	Faxinal	Godoy Moreira
Grandes Rios	Imbaú	Ivaiporã	Jandaia do Sul	Jardim Alegre
Kaloré	Lidianópolis	Lunardelli	Manoel Ribas	Marilândia do Sul
Marumbi	Mauá da Serra	Nova Tebas	Novo Itacolomi	Ortigueira
Rio Bom	Rio Branco do Ivaí	Rosário do Ivaí	São João do Ivaí	São Pedro do Ivaí

PR - PARANA - 5 município(s) FORA da Área Atuação da operadora.

Cascavel	Curitiba	Londrina	Maringá	Umuarama
----------	----------	----------	---------	----------

Total Geral: 35

**Observação:** A rede informada deverá ser composta por pelo menos um estabelecimento, que possua atendimento Urgência/Emergência, em qualquer município da Área de Atuação do produto.

**Observação:** A rede informada deverá ser composta por pelo menos um estabelecimento, com classificação Assistência Hospitalar, em qualquer município da Área de Atuação do produto.

#### Área de comercialização do produto

Selecione o(s) Município(s)

Sel	UF	Cod Município	Nome Município
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410140	Apucarana
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410165	Arapuã
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410185	Ariranha do Ivaí
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410320	Bom Sucesso
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410330	Borrazópolis
<input checked="" type="checkbox"/>	PR	410350	Califórnia

Município(s) selecionado(s):

PR - PARANA - 30 municípios.

Apucarana	Arapuã	Ariranha do Ivaí	Bom Sucesso	Borrazópolis
Califórnia	Cambira	Cruzmaltina	Faxinal	Godoy Moreira
Grandes Rios	Imbaú	Ivaiporã	Jandaia do Sul	Jardim Alegre
Kaloré	Lidianópolis	Lunardelli	Manoel Ribas	Marilândia do Sul
Marumbi	Mauá da Serra	Nova Tebas	Novo Itacolomi	Ortigueira
Rio Bom	Rio Branco do Ivaí	Rosário do Ivaí	São João do Ivaí	São Pedro do Ivaí

Total Geral: 30

### 3.4. ABA REDE ASSISTENCIAL

Esta aba será habilitada para preenchimento somente quando o produto possuir o mecanismo “restrição de rede” selecionado na aba Dados Gerais.

Quando o produto não possuir restrição de rede, a rede assistencial será composta por todos os prestadores disponíveis na Rede de Atendimento Básica na área geográfica de abrangência informada na aba Dados Gerais, com base nas informações extraídas do RPS/ANS das operadoras do Sistema Unimed, na data de abertura da demanda de registro de produtos.

#### 3.4.1. PRODUTOS SEM RESTRIÇÃO DE REDE

Caso se trate de um produto sem restrição de rede, ou seja, quando o mecanismo de regulação ‘Restrição de Rede’ não for selecionado pelo usuário na aba ‘Dados Gerais’, será exibida uma mensagem informativa, semelhante à imagem abaixo, de acordo com a área geográfica de abrangência do plano selecionada. Deste modo, não há nenhuma ação a ser realizada pelo usuário nesta aba. O status de preenchimento será automaticamente ajustado para “Concluído”.

#### Rede Assistencial

🚩 - Pendente , 📝 - Em preenchimento , ✅ - Concluído

Área Geografica de Abrangência: 04 - GRUPO DE MUNICÍPIOS

Esta aba estará desabilitada para preenchimento quando o produto não possuir restrição de rede. Neste caso, a rede assistencial será composta por todos os prestadores disponíveis na Rede de Atendimento Básica na área geográfica de abrangência informada na aba Dados Gerais, com base nas informações extraídas do RPS/ANS das operadoras do Sistema Unimed, na data de abertura da demanda de registro de produtos.

#### 3.4.2. PRODUTOS COM RESTRIÇÃO DE REDE

Caso se trate de um produto restrição de rede, ou seja, quando o mecanismo de regulação ‘Restrição de Rede’ for selecionado pelo usuário na aba ‘Dados Gerais’, selecionar os prestadores que irão compor a rede do produto:

Selecionar os prestadores que farão parte da Rede Restrita

Selecione a UF

PR - PARANA - Área de Atua

Selecione o Município

CURITIBA

Prest. Hosp  Prest. Não Hosp

Filtrar

Marcar Todos Desmarcar Todos Incluir Atualizar

Sel	Município	CNPJ/CPF	Nome	Prest. Hosp	Urg/Emerg
<input type="checkbox"/>	CURITIBA	1065835000192	INSTITUTO DA VISAO CLINICA E CIRURGIA DE OLHOS LTDA	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	CURITIBA	11291647000136	HOSPITAL DR. MURICY LTDA	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	CURITIBA	11402669000126	ARTRO CLINICA DE CIRURGIA ORTOPEDICA LTDA	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	CURITIBA	2541094000131	CLINICA CIRURGICA LTDA	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	CURITIBA	4038751000158	EFICITA - INSTITUTO DE FERTILIDADE LTDA	SIM	NÃO

Total: 43

- Selecionar a UF;
- Selecionar o município;
- Marcar a opção ‘Prest. Hosp’ para exibir prestadores hospitalares e a opção ‘Prest. Não Hosp’ para exibir prestadores não hospitalares (podem ser marcadas as duas opções ao mesmo tempo);
- Clicar em ‘Filtrar’.

Serão exibidos todos os prestadores que estão cadastrados no RPS-WEB da operadora e que não possuem nenhuma divergência de dados em relação ao arquivo RPS-Total disponibilizado pela Unimed do Brasil (compilação dos dados de prestadores do Sistema Unimed enviados pelo PTU A400) na UF/município selecionados.

- 1 - Para incluir prestadores na rede do produto, localizar os prestadores rolando a lista suspensa ou digitar CTRL+F e informar o nome ou o CNPJ/CPF do prestador;
- 2 - Marcar a caixa de seleção ao lado esquerdo da linha correspondente ao prestador desejado;

3 - Clicar em 'Incluir';

4 - Abaixo, será exibida uma tabela contendo o as seguintes informações com base nos prestadores incluídos:

Quant. Municípios: quantidade de municípios com prestadores selecionados

Prest. Hosp c/UE: quantidade de prestadores hospitalares selecionados com serviço de U/E

Prest. Hosp s/UE: quantidade de prestadores hospitalares selecionados sem serviço de U/E

Prest. Não Hosp c/UE: quantidade de prestadores não hospitalares selecionados com serviço de U/E

Prest. Não Hosp s/UE: quantidade de prestadores não hospitalares selecionados com serviço de U/E

Total: total de prestadores selecionados

O usuário poderá obter uma planilha contendo todos os prestadores selecionados, clicando no link ao lado do termo 'SELECIONADOS', acima da tabela de resumo.

[SELECIONADOS: RestRede 358096 20250918 1522.xlsx](#)

UF	Quant. Municípios	Prest. Hosp c/ UE	Prest. Hosp s/ UE	Prest. Não Hosp c/ UE	Prest. Não Hosp s/ UE	Total
PR - PARANA - Área de Atuação	1	2	1	0	0	3
TOTAL	1	2	1	0	0	3

Quando o usuário indicar que o produto terá abrangência "Grupo de Municípios" ou "Municipal", será solicitado informar se existirão procedimentos que precisarão ser direcionados a outras Operadoras, fora da área de cobertura do produto, com o objetivo de garantir o atendimento dos beneficiários.

Se a resposta for SIM, será necessário fornecer as informações referentes aos procedimentos encaminhados, na tela abaixo reproduzida:

### Suficiência de Rede

"A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos para atendimento integral das coberturas, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto. Qualquer informação incorreta ensejará em precificação equivocada do produto, podendo acarretar prejuízo financeiro."

Há procedimentos que serão encaminhados para outras Operadoras, fora da área de cobertura do produto, com o objetivo de garantir o atendimento dos beneficiários?  Sim  Não

Gentileza informar os dados referentes aos procedimentos que serão encaminhados:

Nome Procedimento	Código Procedimento	CNPJ Prestador	Código Prestador	Nome Prestador

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Rede Assistencial:

### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais	Atuação e comercialização do produto		Rede Assistencial	Remuneração Prestadores	Fator Moderador
Carregamentos	Carências	Dependentes	Política de Descontos	Porta de Entrada	Outras Informações

#### Rede Assistencial

- Pendente, - Em preenchimento, - Concluído

#### Área Geográfica de Abrangência: 04 - GRUPO DE MUNICÍPIOS

UF	Quant. Municípios	Prest. Hosp c/ UE	Prest. Hosp s/ UE	Prest. Não Hosp c/ UE	Prest. Não Hosp s/ UE	Total
PR - PARANA	5	54	26	4	10679	10763
PR - PARANA - Área de Atuação	15	7	1	0	283	291
TOTAL	20	61	27	4	10962	11054

OBS: A totalização de municípios / prestadores, refere-se somente aos prestadores que constam na UB e na ANS, sem divergências

#### Selecionar os prestadores que farão parte da Rede Restrita

Selecione a UF: 
 Selecione o Município:

Prest. Hosp  Prest. Não Hosp

Filtrar

Sel	Município	CNPJ/CPF	Nome	Prest. Hosp	Urg/Emerg
<input checked="" type="checkbox"/>	UMUARAMA	77647832000129	CLINICA DE FRATURAS ORTOPEDIA E REABILIT UMUARAMA LTDA	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	UMUARAMA	5866492000116	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE SAUDE DO NOROESTE DO PARANA	SIM	SIM
<input checked="" type="checkbox"/>	UMUARAMA	5961193000160	INSTITUTO NOSSA SENHORA APARECIDA	SIM	SIM
<input checked="" type="checkbox"/>	UMUARAMA	6019110000181	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO FRANCISCO DE ASSIS	SIM	SIM
<input type="checkbox"/>	UMUARAMA	81270548000234	UNIAO OESTE PARANAENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CANCER	SIM	SIM

Total: 285

SELECIONADOS: [RestRede\\_358096\\_20251010\\_1214.xlsx](#)

UF	Quant. Municípios	Prest. Hosp c/ UE	Prest. Hosp s/ UE	Prest. Não Hosp c/ UE	Prest. Não Hosp s/ UE	Total
PR - PARANA	5	14	13	0	56	83
PR - PARANA - Área de Atuação	15	6	1	0	282	289
TOTAL	20	20	14	0	338	372

Municípios da área de atuação do produto que não possuem prestadores hospitalares e/ou que possuem prestadores hospitalares disponíveis mas que não foram selecionados no formulário (25)

Arapuã	Ariranha do Ivaí	Bom Sucesso	Borrazópolis	Califórnia
Cambira	Cruzmaltina	Faxinal	Godoy Moreira	Grandes Rios
Imbaú	Jardim Alegre	Kaloré	Lidianópolis	Manoel Ribas
Marilândia do Sul	Marumbi	Mauá da Serra	Nova Tebas	Novo Itacolomi
Ortigueira	Rio Bom	Rio Branco do Ivaí	Rosário do Ivaí	São João do Ivaí

[REPMun\\_20251010\\_1214.csv](#)

#### Suficiência de Rede

"A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos para atendimento integral das coberturas, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto. Qualquer informação incorreta ensejará em precificação equivocada do produto, podendo acarretar prejuízo financeiro."

Há procedimentos que serão encaminhados para outras Operadoras, fora da área de cobertura do produto, com o objetivo de garantir o atendimento dos beneficiários?  Sim  Não

Gentileza informar os dados referentes aos procedimentos que serão encaminhados:

Nome Procedimento	Código Procedimento	CNPJ Prestador	Código Prestador	Nome Prestador	Operadora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gravar

Limpar tudo

### 3.5. ABA REMUNERAÇÃO PRESTADORES

#### CAMPOS DA ABA

Consultas Médicas Eletivas

Obrigatório.

Informar, em média, quanto a Singular para em Consultas Médicas Eletivas;

Informar se houve negociação específica ou mudança na remuneração dos prestadores. Caso afirmativo, anexar as tabelas negociadas.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Remuneração Prestadores:

#### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓	Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ⚠	Fator Moderador ⚠	
Carregamentos ⚠	Carências ⚠	Dependentes ⚠	Política de Descontos ⚠	Porta de Entrada ⚠	Outras Informações ⚠

#### Remuneração Prestadores

⚠ - Pendente, ⚡ - Em preenchimento, ✓ - Concluído

Consultas Médicas Eletivas ⓘ

R\$ 120.00

Houve negociação específica ou mudança na remuneração dos prestadores?  Sim  Não

[ANEXAR AQUI](#) a(s) tabela(s) negociada(s).

Gravar

### 3.6. ABA FATOR MODERADOR

#### CAMPOS DA ABA

Preenchimento obrigatório quando os mecanismos de Coparticipação e/ou Franquia forem selecionados na aba Dados Gerais.

Preencher de acordo com o selecionado na aba “Dados Gerais”, em campo “Mecanismos de Regulação”;

Realizar o preenchimento considerando a cobrança a ser praticada;

Caso o produto possua tabela de referência de coparticipação, anexar o arquivo.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Fator Moderador:

**Formulário de Registro de Produtos**

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓	Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ⚠
Carregamentos ⚠	Carências ⚠	Dependentes ⚠	Política de Descontos ⚠	Outras Informações ⚠

**Fator Moderador** ⚠ - Pendente, 🔄 - Em preenchimento, ✓ - Concluído

Tipo do Atendimento	Coparticipação		Franquia		Teto
	Percentual	Valor	Percentual	Valor	
<input checked="" type="checkbox"/> Consultas Médicas	30 %	R\$			120,00 %
<input checked="" type="checkbox"/> Exames Grupo 1 ⓘ	30 %	R\$			R\$ 120,00
<input checked="" type="checkbox"/> Exames Grupo 2 ⓘ	30 %	R\$			R\$ 120,00
<input checked="" type="checkbox"/> Outros atendimentos Ambulatoriais	30 %	R\$			R\$ 120,00
<input checked="" type="checkbox"/> Terapias Grupo 1 ⓘ	30 %	R\$			R\$ 120,00
<input checked="" type="checkbox"/> Terapias Grupo 2 ⓘ	30 %	R\$			R\$ 120,00
<input checked="" type="checkbox"/> Internações		R\$ 180,00			
<input type="checkbox"/> Outras Coparticipações		R\$			
<input type="checkbox"/> Outras Franquias					

**Tabela:** [ANEXAR AQUI](#) caso o produto tenha tabela referência de coparticipação.

### 3.7. ABA CARREGAMENTOS

#### CAMPOS DA ABA

Realizar o preenchimento de acordo com os carregamentos não assistenciais a serem adotados:

#### ⊗ **Comissões**

Selecionar o tipo de comissionamento e informar o valor (R\$) ou percentual (%):

- Vitalícia
- Periódica ou única

Descrever a forma de pagamento das comissões.

#### ⊗ **Despesas Não Assistenciais**

Informar os percentuais atribuídos às despesas relacionadas abaixo:

- Despesa Administrativa
- Tributos
- Outras Despesas Operacionais

#### ⊗ **Margem de Sobra**

Informar os percentual desejado para a Margem de Sobra.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Carregamentos:

**Formulário de Registro de Produtos**

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓		Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ✓
<b>Carregamentos</b> ⚠	Carências ⚠	Dependentes ⚠	Política de Descontos ⚠	Porta de Entrada ⚠	Outras Informações ⚠

**Carregamentos** ⚠ - Pendente, ✎ - Em preenchimento, ✓ - Concluído

Comissões	Percentual	Valor
<input checked="" type="checkbox"/> Vitalícia	<input type="text" value="2"/> %	R\$ <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Periódica ou única	<input type="text" value="100"/> %	R\$ <input type="text"/>

**Forma de Pagamento das Comissões** ⓘ

Dividido em 4 vezes

**Despesas Não Assistenciais** ⓘ

Despesa Administrativa	<input type="text" value="15"/> %
Tributos	<input type="text" value="5"/> %
Outras Despesas Operacionais	<input type="text" value="3"/> %

**Margem de Sobra**

<input type="text" value="2"/> %
----------------------------------

### 3.8. ABA CARÊNCIAS

#### CAMPOS DA ABA

Realizar o preenchimento considerando a prática a ser adotada. Para as coberturas que não possuem carência, é obrigatório preencher o campo com '0' (zero).

Segue uma visão geral do conteúdo da aba:

**Formulário de Registro de Produtos**  
Form-358096-20260316-0002 - PLANO LOCAL - COLETIVO ADESÃO - ENFERMARIA

<< Primeiro   < Anterior   Formulário 1 de 2   Próximo >   Último >>

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓	Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ✓
Carregamentos ✓	Carências ✓	Dependentes ✓	Política de Descontos ✓	Outras Informações ✓

**Carências** 🚩 - Pendente , 🔄 - Em preenchimento , ✓ - Concluído

Coberturas	Carências
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames de Patologia Clínica (Baixa Complexidade)	30 dias
Exames Complementares de Média Complexidade	90 dias
Exames Complementares de Alta Complexidade	180 dias
Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e Hemodiálise	180 dias
Pequenas Cirurgias e Atendimentos Ambulatoriais	180 dias
Tratamento Fisioterápico	90 dias
Consultas/Sessões com Nutricionista	30 dias
Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional	180 dias
Consultas/Sessões com Psicólogo	90 dias
Internação Clínica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	180 dias
Partos a Termo	300 dias
Demais Procedimentos não especificados neste item	180 dias

Informar abaixo caso possua outro modelo para as Carências

Gravar   Limpar tudo

### 3.9. ABA DEPENDENTES

#### CAMPOS DA ABA

Selecionar os dependentes elegíveis, bem como a idade máxima permitida para inclusão no contrato.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Dependentes:

#### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓	Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ✓
Carregamentos ✓	Carências ✓	<b>Dependentes ✓</b>	Política de Descontos ✓	Porta de Entrada ✓
				Outras Informações ✘

#### Dependentes

Selecionar os dependentes elegíveis, bem como a idade máxima permitida para inclusão no contrato

✘ - Pendente, ✎ - Em preenchimento, ✓ - Concluído

1 - Cônjuge / Companheiro

2 - Filho / Filha

Idade:

3 - Agregados / Outros

#### Agregados / Outros

Pai / Mãe

Idade:

Irmãos

Idade:

Netos

Idade:

Sogros

Idade:

Genro / Nora

Idade:

Sobrinhos

Idade:

Outros

Especificar:

Idade:

Gravar

Limpar tudo

### 3.10. ABA POLÍTICA DE DESCONTOS

#### CAMPOS DA ABA

Informar a política de desconto que será praticada na comercialização do produto.

Opções:

- a) Sem desconto: Disponível para produtos com o tipo de contratação Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial;
- b) Descontos por Número de Vidas: Disponível para produtos com o tipo de contratação Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial;
- c) Descontos por Grupo Familiar: Disponível para produtos com o tipo de contratação Individual/Familiar e Coletivo por Adesão.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba Política de Descontos:

#### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓		Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ✓
Carregamentos ✓	Carências ✓	Dependentes ✓	<b>Política de Descontos</b> ⚠	Porta de Entrada ⚠	Outras Informações ⚠

#### Política de Descontos

⚠ - Pendente, ✎ - Em preenchimento, ✓ - Concluído

Informar a política de desconto que será praticada na comercialização do produto.

#### Desconto por Número de Vidas ⓘ

##### Desconto

Até	<input type="text" value="1"/>	Vidas	<input type="text" value="0"/>	%
	<input type="text" value="2"/> a	<input type="text" value="29"/> Vidas	<input type="text" value="5"/>	%
	<input type="text" value="30"/> a	<input type="text" value="99"/> Vidas	<input type="text" value="10"/>	%
	<input type="text" value="100"/> a	<input type="text" value="299"/> Vidas	<input type="text" value="15"/>	%
	<input type="text"/> a	<input type="text"/> Vidas	<input type="text"/>	%
	<input type="text"/> a	<input type="text"/> Vidas	<input type="text"/>	%
	<input type="text"/> a	<input type="text"/> Vidas	<input type="text"/>	%
	<input type="text"/> a	<input type="text"/> Vidas	<input type="text"/>	%
	<input type="text"/> a	<input type="text"/> Vidas	<input type="text"/>	%
	<input type="text"/> a	<input type="text"/> Vidas	<input type="text"/>	%
	<input type="text"/>	<input type="text" value="300"/> Vidas ou mais	<input type="text" value="20"/>	%

#### Sem Desconto

Gravar

### 3.11. ABA OUTRAS INFORMAÇÕES

#### CAMPOS DA ABA

Realizar o preenchimento com quaisquer informações adicionais relativas ao produto.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba:

#### Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓		Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ✓
Carregamentos ✓	Carências ✓	Dependentes ✓	Política de Descontos ✓	Porta de Entrada ✓	Outras Informações ✗

Outras Informações

🚩 - Pendente , ✎ - Em preenchimento , ✓ - Concluído

Gravar

### **3.12. ABA PORTA DE ENTRADA**

Esta aba será exibida somente caso a opção “Porta-de-Entrada” seja selecionada no item *Mecanismos de Regulação* da aba *Dados Gerais*.

#### **CAMPOS DA ABA**

##### **Custos Únicos**

Informar os custos únicos referentes à estrutura, equipamentos, reformas e demais custos atrelados à Porta de Entrada.

##### **Custos Mensais**

Informar os custos mensais referentes à estrutura de Porta de Entrada, sejam eles, Aluguel, Custos Fixos Mensais, Recursos Humanos (Holerite).

##### **Pagamentos**

Informar os pagamentos relacionados à estrutura de Porta de Entrada:

Valor da consulta encaminhada;

Valor da contrarreferência;

Valor da consulta em Urgência/Emergência;

Forma de pagamento dos médicos

Salário: Confirmar se a remuneração médica foi contemplada em Recursos Humanos (Holerite) - CUSTOS MENSAIS;

Por procedimento: confirmar a forma de pagamento selecionada.

##### **Estrutura de Porta de Entrada**

Informar os demais dados referentes à estrutura:

Percentual de resolutividade dentro da estrutura;

A passagem pela APS/PORTA DE ENTRADA será obrigatória;

Número de vidas que a Singular pretende atingir com recursos disponibilizados na PORTA DE ENTRADA.

##### **Equipe de Atendimento**

Informar as especialidades médicas a que os beneficiários terão livre acesso (sem passar pela PORTA DE ENTRADA).

##### **Particularidades da Rede**

Se houver, informar qual será a RESTRIÇÃO DE REDE, definindo os Prestadores e a negociação realizada.

##### **Demais Informações**

Informar aqui, caso o produto possua isenção de coparticipação na PORTA DE ENTRADA, ou ALGUMA PARTICULARIDADE DA REDE.

Segue uma visão geral do conteúdo da aba:

## Formulário de Registro de Produtos

Dados Gerais ✓	Atuação e comercialização do produto ✓	Rede Assistencial ✓	Remuneração Prestadores ✓	Fator Moderador ✓
Carregamentos ✓	Carências ✓	Dependentes ✓	Política de Descontos ✓	Porta de Entrada ⚠
				Outras Informações ⚠

### Porta de Entrada

⚠ - Pendente, 🔄 - Em preenchimento, ✓ - Concluído

#### Custos Únicos

Descrição	Valor
Estrutural	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="50,00"/>
Equipamento	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="75,00"/>
Reformas	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="30,00"/>
Outros custos	R\$ <input style="width: 80px;" type="text"/>
<b>Total</b>	<b>R\$ 155,00</b>

#### Detalhar outros custos

#### Custos Mensais

Descrição	Valor
Aluguel	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="2,00"/>
Custos fixos mensais	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="1,20"/>
Recursos Humanos (Holerite)	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="5,00"/>
<b>Total</b>	<b>R\$ 8,20</b>

#### Pagamentos

Descrição	Valor
Valor da consulta encaminhada	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="90,00"/>
Valor da contrarreferência	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="120,00"/>
Valor da consulta em Urgência/Emergência	R\$ <input style="width: 80px;" type="text" value="50,00"/>

Forma de pagamento dos médicos SALÁRIO ▼

**Observação:** Confirmar se a remuneração médica foi contemplada em Recursos Humanos (Holerite) - CUSTOS MENSAIS.

#### Estrutura de Porta de Entrada

Percentual de resolatividade dentro da estrutura  %  
 A passagem pela APS/PORTA DE ENTRADA será obrigatória  Sim  Não  
 Número de vidas que a Singular pretende atingir com recursos disponibilizados na PORTA DE ENTRADA

#### Equipe de Atendimento

Informar as especialidades médicas que os beneficiários terão livre acesso (sem passar pela PORTA DE ENTRADA).

#### Descrição equipe atendimento

#### Particularidades da Rede

**Se houver**, informar qual será a RESTRIÇÃO DE REDE, definindo os Prestadores e qual negociação realizada.

#### Descrição particularidades da rede

#### Demais Informações

Informar aqui, caso o produto possua isenção de coparticipação, na PORTA DE ENTRADA, ou ALGUMA PARTICULARIDADE DA REDE.

#### Descrição demais informações

Gravar

### 3.13. OUTRAS INSTRUÇÕES

Na tela principal da área de Formulários de Registro de Produtos, será exibida uma lista contendo os formulários com status Em preenchimento e/ou Concluído, de acordo com o intervalo informado no filtro *Data de Solicitação*:

Formulário de Registro de Produtos ▶ [Menu principal](#) ▶ Formulário de Registro de Produtos

**Unimed**  
 Registro ANS:

Data da Solicitação de 01/01/2026 até 06/05/2026

**Formulário de Registro de Produtos**

Formulário Número	Nome Comercial	Tipo Contratação	Abrangência	Segmentação	Acomodação	Data do Status	Status do Formulário	Formulário Vinculado	Conferência Cempre
Form-358096-20260316-0002	PLANO LOCAL - COLETIVO ADESÃO - ENFERMARIA	3 - COLETIVO POR 4 - GRUPO DE ADESÃO	4 - GRUPO DE MUNICÍPIOS	6 - AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	1 - COLETIVA (ENFERMARIA)	02/04/2026	✓ - Concluído	Sim	
Form-358096-20260504-0003	PLANO LOCAL - COLETIVO ADESÃO - ENFERMARIA S/ OBST.	3 - COLETIVO POR 4 - GRUPO DE ADESÃO	4 - GRUPO DE MUNICÍPIOS	7 - AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	1 - COLETIVA (ENFERMARIA)	04/05/2026	✓ - Concluído	Sim	

**Total: 2**

É possível realizar as seguintes ações nos formulários:

	Editar
	Baixar
	Deletar
	Criar Duplicata

**EXCEÇÃO:** A opção *Deletar* não se aplica aos formulários com status “Concluído” vinculados a demandas.

Ao editar um formulário criado, serão exibidos, no topo da tela, o número do formulário e o nome comercial.

A partir dos botões de navegação disponíveis logo abaixo dos dados de identificação do formulário, é possível navegar entre os formulários cadastrados na base da operadora.

**Formulário de Registro de Produtos**


Form-358096-20260316-0002 - PLANO LOCAL - COLETIVO ADESÃO - ENFERMARIA

Formulário 1 de 2

Dados Gerais	Atuação e comercialização do produto	Rede Assistencial	Remuneração Prestadores	Fator Moderador
Carregamentos ✓	Carências ✓	Dependentes ✓	Política de Descontos ✓	Outras Informações ✓

■ - Pendente, ■ - Em preenchimento, ✓ - Concluído

### 3.13.1. GRAVAR ABA

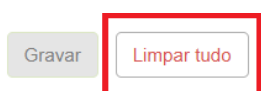
Após preencher os campos de uma ABA, clicar no botão  para salvar as informações.

Atenção: Por medida de segurança, caso o sistema permaneça ocioso, ou seja, sem qualquer interação por mais de 3 (três) horas, o botão Gravar será desabilitado, indicando que o acesso ao sistema foi interrompido, sendo necessário realizar um novo login para continuidade do trabalho. Para evitar a perda de informações, recomenda-se que o usuário grave os dados inseridos na aba em preenchimento, assegurando a integridade e a preservação das informações registradas na plataforma.

### 3.13.2. LIMPAR ABA

Para limpar o conteúdo preenchido em uma ABA do formulário, clicar em *Limpar tudo*, no rodapé da ABA.

Será exibida uma mensagem de alerta em tela, informando que esta ação não poderá ser desfeita após clicar em *Sim*.



SUPOORTE TÉCNICO: SEGUNDA A SEXTA - 09H ÀS 18H

### 3.13.3. AUTOPREENCHIMENTO DE CAMPOS / VALIDAÇÕES E ALERTAS DO FORMULÁRIO

O Formulário de Registro de Produtos do SIR-Rep poderá preencher automaticamente alguns campos da aba Dados Gerais, de acordo com as características do plano selecionadas pelo usuário, observadas algumas regras pré-definidas na regulamentação dos planos de saúde, visando à redução de erros de preenchimento e garantindo que os dados estejam alinhados às determinações regulatórias. Neste caso, o SIR-Rep emitirá uma mensagem informativa no topo da aba.

Alguns exemplos:

- Ao selecionar a Segmentação *05 - REFERÊNCIA* na ABA DADOS GERAIS, o campo Acomodação será automaticamente preenchido com a opção *01 - COLETIVA (ENFERMARIA)*;
- Ao selecionar a Segmentação *01 - AMBULATORIAL* na ABA DADOS GERAIS, o campo Acomodação será automaticamente preenchido com a opção *00 - SEM DIREITO*;
- Ao selecionar o Tipo de Contratação *03 - COLETIVO POR ADESÃO* na ABA DADOS GERAIS, o campo Vínculo do Beneficiário será automaticamente preenchido com a opção *SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO*.
- Ao selecionar o Tipo de Contratação *02 - COLETIVO EMPRESARIAL* na ABA DADOS GERAIS, o campo Vínculo do Beneficiário será automaticamente preenchido com a opção *COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATIVO E INATIVO*. Contudo, neste caso, especificamente, o usuário poderá selecionar outro valor da lista, de acordo com o objetivo do plano a ser registrado, observadas as regras dos planos de saúde.

Alem disso, o SIR-Rep realiza duas validações essenciais que consistem no cruzamento do nome comercial e das características gerais do plano informadas na aba *Dados Gerais* do formulário de registro de produtos com o Relatório de Planos da Operadora junto à ANS.

Quando as informações inseridas no formulário coincidirem com as informações de plano(s) já registrado(s) pela operadora com status ativo e/ou ativo com comercialização suspensa junto à ANS, o sistema emitirá alertas em tela. Essas validações têm por objetivo evitar questionamentos do órgão regulador no decurso de um processo de registro de produtos, prevenir o retrabalho e o desperdício de recursos, orientando a operadora quanto à possibilidade de reaproveitar planos já registrados para novas comercializações, conforme decisão da área demandante.

Outros alertas poderão ser exibidos no topo de cada aba, caso as informações declaradas pelo apresentem alguma incongruência ou inconsistência. Tais alertas impedirão que o conteúdo da aba seja salvo, até que o usuário aplique a correção necessária.

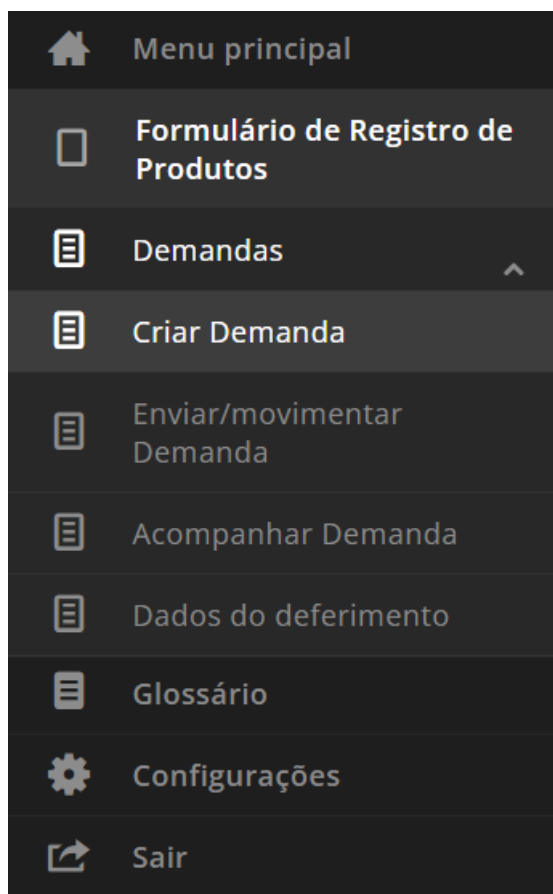
## 4 - DEMANDAS

O Módulo de Demandas foi desenvolvido para centralizar e facilitar a gestão das solicitações relacionadas ao registro de produtos. Por meio de suas funcionalidades, o usuário pode criar, enviar, acompanhar e consultar as informações das demandas de registro de produtos abertas para a Unimed Paraná, garantindo maior controle e transparência no processo.

Este capítulo apresenta as funcionalidades do módulo: desde a criação de uma nova demanda e vinculação de formulários, até o envio para análise, movimentação da demanda, acompanhamento e consulta dos dados de deferimento, incluindo a Teoria da Nota Técnica de Registro dos produtos registrados por meio da plataforma SIR-REP. O objetivo é fornecer orientações práticas que assegurem o correto uso da ferramenta e a rastreabilidade das solicitações registradas.

### 4.1. CRIAR DEMANDA


Após concluir o preenchimento dos formulários de registro de produtos do “processo” de registro em andamento, criar a demanda, anexando os referidos formulários de registro: Menu principal -> Demandas -> Criar Demanda.



Serão exibidos em tela o número de identificação e a data das demandas criadas pelos usuários da operadora demandante:




Demandas - Criar Demanda

[Menu principal](#) [Demandas](#) [Criar Demanda](#)

 Unimed

Data de Criação da Demanda de  até

### Demanda de Registro de Produtos

Demanda Número	Data de Criação da Demanda
 358096-20250115-0002 ==> FORM-358096-20241114-0020	15/01/2025
 358096-20250115-0003 ==> FORM-358096-20250114-0002	15/01/2025
 358096-20250409-0004 ==> FORM-358096-20250409-0008	09/04/2025

Para criar uma Nova Demanda, clicar no botão

Na próxima tela, serão exibidos os dados de identificação dos formulários de registro com status Concluído, disponíveis para vinculação em novas demandas.

Selecionar os formulários desejados e clicar em

### Demanda de Registro de Produtos

Selecione o(s) Formulário(s) de Registro de Produtos

Sel	Formulário Número	Nome Comercial	Data do Status	Status do Formulário
<input type="checkbox"/>	Form-312720-20250915-0014	PLANO TESTE TREINAMENTO	15/09/2025	✓ - Concluído
<input type="checkbox"/>	Form-312720-20251013-0016	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído
<input type="checkbox"/>	Form-312720-20251013-0017	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído
<input checked="" type="checkbox"/>	Form-312720-20251013-0018	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído
<input checked="" type="checkbox"/>	Form-312720-20251013-0019	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído

Formulário(s) de Registro de Produtos vinculado(s):

Formulário Número	Nome Comercial	Data do Status	Status do Formulário
Data de Criação da Demanda			
<input type="text" value="13/10/2025"/>			

Os formulários selecionados serão exibidos na mesma tela, na área de Formulário(s) de Registro de Produto vinculado(s).



#### Demanda de Registro de Produtos

Selecione o(s) Formulário(s) de Registro de Produtos

Sel	Formulário Número	Nome Comercial	Data do Status	Status do Formulário
<input type="checkbox"/>	Form-312720-20250915-0014	PLANO TESTE TREINAMENTO	15/09/2025	✓ - Concluído
<input type="checkbox"/>	Form-312720-20251013-0016	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído
<input type="checkbox"/>	Form-312720-20251013-0017	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído

Vincular Formulário

Formulário(s) de Registro de Produtos vinculado(s):

Formulário Número	Nome Comercial	Data do Status	Status do Formulário
Form-312720-20251013-0018	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído 
Form-312720-20251013-0019	PRODUTO FICTICIO - TREINAMENTO MODULO DEMANDAS - CRIS	13/10/2025	✓ - Concluído 

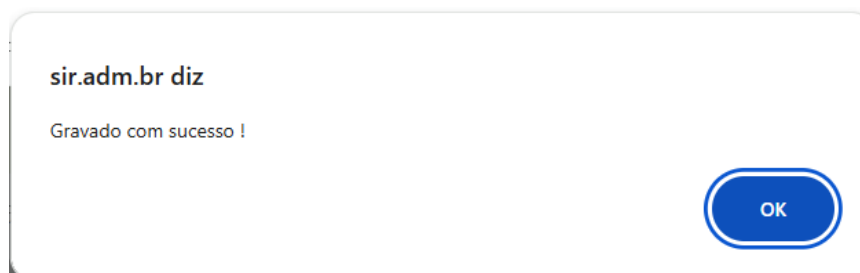
Data de Criação da Demanda


13/10/2025

Gravar

Clicar em  para concluir a vinculação dos formulário e criação da Demanda.

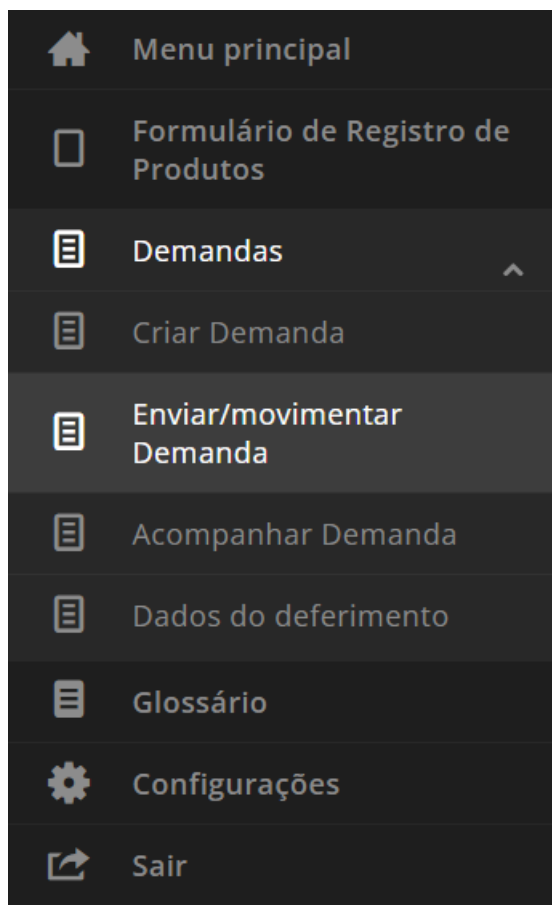
Será exibida uma mensagem de confirmação:



Caso um formulário seja vinculado indevidamente na demanda, basta clicar no ícone  do formulário correspondente.

Uma vez criada uma demanda, será necessário enviá-la para a Unimed Paraná, conforme procedimentos descritos a seguir.

## 4.2. ENVIAR DEMANDA



Para abrir uma demanda de registro de produtos, clicar em *Enviar/movimentar Demanda* no menu principal.

Serão exibidas as seguintes informações das demandas criadas: número da demanda, data da criação da demanda e a identificação dos formulários de registro vinculados na demanda.


Ao clicar sobre o link FORM, será possível acessar a área de download dos seguintes arquivos: Formulário de registro de produto (CSV), Rede hospitalar do produto (CSV e TXT), para conferência e arquivamento:


### Exportar

Formulário Número: **FORM-312720-20250829-0007**

Nome Comercial: **TESTE CRIS 29 8 25**

 [FORM-312720-20250829-0007\\_20251014102825.csv](#)

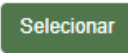
 [FORM-312720-20250829-0007\\_20251014102825Rede.csv](#)

 [FORM-312720-20250829-0007\\_20251014102825Rede.txt](#)

Voltar

Clicar sobre o nome dos arquivos desejados para realizar o download.

Clicar em Voltar, para retornar à tela anterior.

Clicar sobre o checkbox da demanda desejada e, em seguida, em  , conforme print abaixo:


Data da abertura da demanda de  até

Demanda Número	Data da abertura da demanda
<input type="radio"/> 358096-20250410-0005 ==> <a href="#">FORM-358096-20240417-0002</a> ==> <a href="#">FORM-358096-20250221-0006</a>	10/04/2025
<input type="radio"/> 358096-20250711-0013 ==> <a href="#">FORM-358096-20250711-0010</a>	11/07/2025
<input type="radio"/> 358096-20250714-0014 ==> <a href="#">FORM-358096-20240208-0005</a> ==> <a href="#">FORM-358096-20241011-0015</a>	14/07/2025
<input checked="" type="radio"/> 358096-20251013-0017 ==> <a href="#">FORM-358096-20251007-0042</a>	13/10/2025

Total: 4

Dica: Para refinar a consulta das demandas criadas, utilizar o filtro *Data da Solicitação*.

Após clicar em Selecionar, serão exibidas em tela as informações da primeira ação do processo, qual seja, o envio da solicitação de registro de produto para a Unimed Paraná, juntamente com uma caixa de texto (*Observações*), para que o usuário possa incluir instruções / orientações para o time da Unimed Paraná, de acordo com a finalidade da demanda. Se houver outras informações importantes para o registro de produtos não indicadas nos formulários de registro de produtos, utilizar esta caixa.



**Unimed Paraná**  
Registro ANS: 312720

Demanda Número	Data da abertura da demanda
312720-20250905-0002 ==> FORM-312720-20250905-0011	05/09/2025

Movimento	Origem	Destino	Ação	Data - Hora	Usuário	Obs
1	Demandante	Cempre	Envio de Demanda			

Observações

Seguem os formulários de registro de produtos|

Enviar

Clicar em para submeter a demanda. Será exibido o número do protocolo de abertura:



Unimed Paraná  
Registro ANS: 312720

Demanda de Registro de produto enviada: 312720-20241004-0005

Demanda Número	Data da abertura da demanda
312720-20241004-0005	04/10/2024
==> FORM-312720-20240516-0005	
==> FORM-312720-20240516-0006	

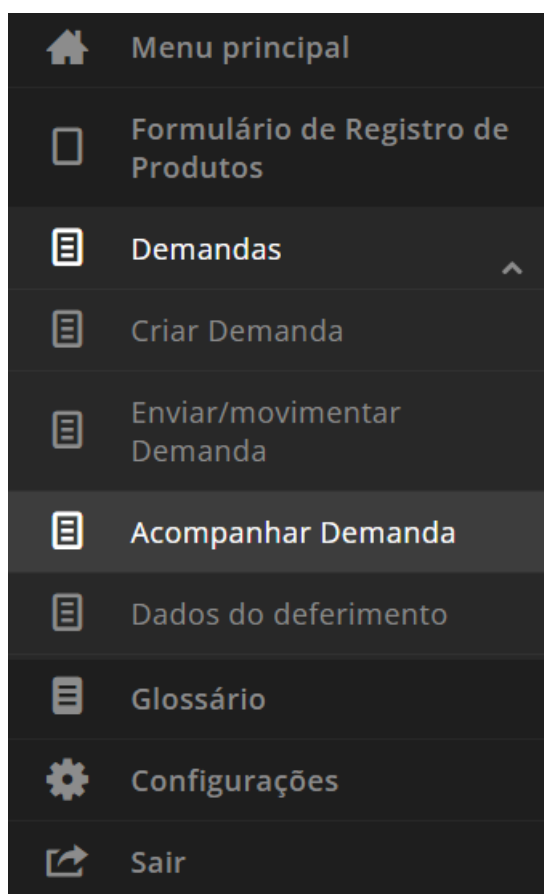
  

Movimento	Origem	Destino	Ação	Data - Hora	Usuário	Obs
1	Demandante	Cempre	Envio de Demanda	13/10/2025 - 10:34	Cris Pereira	Seguem os formulários de registro de produtos.

Importante: A partir deste momento, o SIR-REP enviará notificações por e-mail, por meio do remetente [siradm@sir.adm.br](mailto:siradm@sir.adm.br), contendo informações sobre a Tramitação de Demanda, a cada movimentação do processo. As notificações enviadas pelo SIR-REP serão direcionadas para a área responsável da Unimed Paraná e/ou para o demandante, de acordo com o passo em andamento.

Atenção!!! A cada notificação recebida, o destinatário deverá anexar o documento solicitado acessando o menu Demandas - Enviar/movimentar demanda. Também será aberta uma caixa de texto, para que o usuário possa inserir observações relacionadas aos arquivos anexados.


### 4.3. ACOMPANHAR DEMANDA



A localização do processo bem como as ações em andamento poderão ser verificadas a qualquer tempo pela demandante na área de acompanhamento de demandas.

Nesta área, também será possível baixar os formulários de registro e os arquivos da rede hospitalar a ser vinculada ao plano na ANS.

Serão exibidas em tela todas as demandas criadas pelos usuários da demandante.

Marcar o checkbox da demanda desejada e clicar em  .

Data da abertura da demanda de  até

Demanda Número	Data da abertura da demanda
<input checked="" type="checkbox"/> 312720-20251013-0005 ==> <a href="#">FORM-312720-20250915-0014</a>	13/10/2025

Total: 1

Na próxima tela, serão listadas todas as movimentações realizadas no processo e outras informações que permitirão a identificação da área responsável pela execução da ação em andamento, para acompanhamento pelo usuário.

---

Demanda Número		Data da abertura da demanda				
312720-20251013-0005		13/10/2025				
==> FORM-312720-20250915-0014						
Movimento	Origem	Destino	Ação	Data - Hora	Usuário	Obs
1	Demandante	Cempre	Envio de Demanda	13/10/2025 - 08:11	Cris Pereira	

---

[Voltar](#)


## 4.4. DADOS DO DEFERIMENTO

As informações dos registros concedidos pela ANS a partir da vigência do SIR-REP, poderão ser consultadas a qualquer momento no menu *Demandas - Dados do Deferimento*. Basta selecionar a demanda correspondente.

É possível também exportar um relatório CSV contendo as informações dos planos registrados, por demanda.

Demanda - Dados do deferimento • Menu principal • Demandas • Dados do deferimento

---

 **Unimed** Paraná  
Registro ANS: 312720

Data da Solicitação de  até

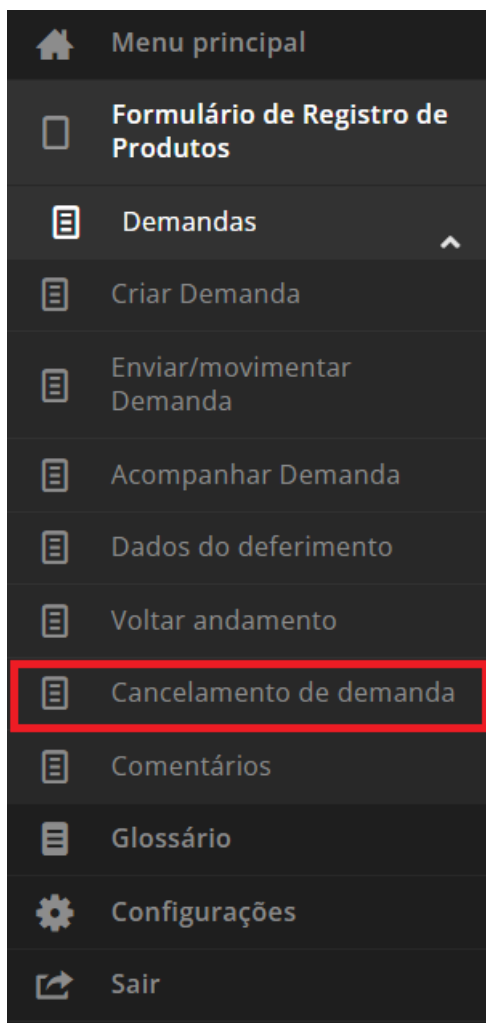
Demanda Número		Data da Solicitação			
312720-20251009-0004		09/10/2025			
Formulário	Protocolo de transmissão	Protocolo de solicitação	Número de Registro	Nome Comercial	Data de Concessão
FORM-312720-20250102-0001			1	Teste PDM	//
FORM-312720-20250103-0002			2	Teste PDM II	//
FORM-312720-20251006-0015			3	COLETI EMPRESARIAL ESTADUAL - PR - teste Isa	//

Total: 1 [REPDeferimentos\\_20251009\\_1552.csv](#)

## 4.5. CANCELAMENTO DE DEMANDA


Tal funcionalidade permite o cancelamento de uma demanda em andamento, a qualquer tempo, com a devida justificativa.

Acesse o Menu: **Demandas -> Cancelamento de Demanda**



Selecione a Demanda desejada e clique em *Selecionar*:

Demandas - Cancelamento de Demanda » Menu principal » Demandas » Cancelamento de Demanda

**Unimed** |  Unimed  
Registro ANS:

Data da abertura da demanda de 01/01/2026 até 10/06/2026

Demanda Número	Data da abertura da demanda
<input checked="" type="radio"/> 365777-20260512-0003 ==> FORM-365777-20260512-0009 ==> FORM-365777-20260512-0010 ==> FORM-365777-20260512-0011 ==> FORM-365777-20260512-0012	12/05/2026
<input type="radio"/> 365777-20260603-0004 ==> FORM-365777-20260603-0013 ==> FORM-365777-20260603-0014	03/06/2026

Total: 2

Preencha o campo *Observações* e clique em *Enviar*, para encerrar a demanda:



Unimed  
Registro ANS:

Demanda Número

365777-20260512-0003

Data da abertura da demanda

12/05/2026

==> FORM-365777-20260512-0009

==> FORM-365777-20260512-0010

==> FORM-365777-20260512-0011

==> FORM-365777-20260512-0012

Prezados, boa tarde!

9

Regularizar Demandante

Solicitar Guia e Comprovante de pagamento da TRP

14/05/2026 - Denise Mayer

Favor nos encaminhar a GRU e comprovante de pagamento da TRP, para darmos sequencia ao registro.

Atenciosamente

Denise Mayer

Observações:

Demanda cancelada a pedido do demandante.

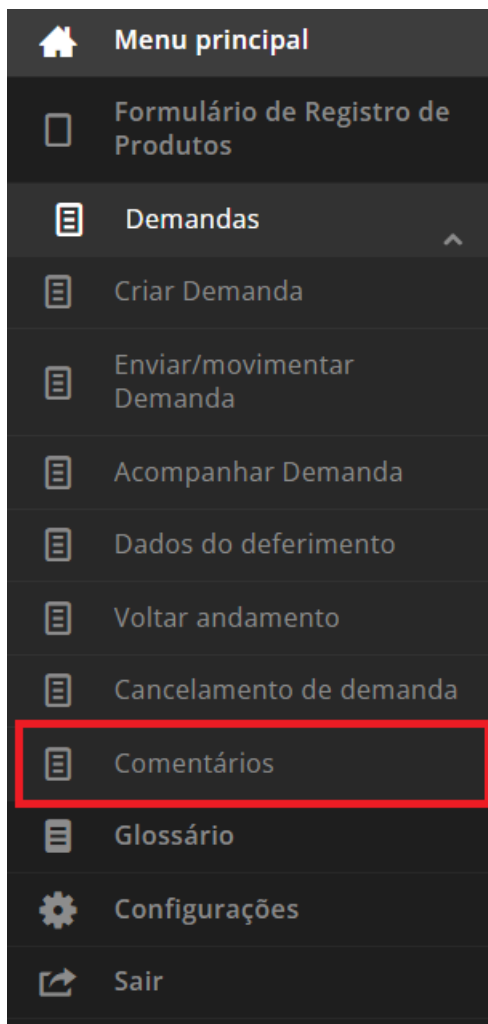
Enviar

Selecionar

## 4.5. COMENTÁRIOS

Tal funcionalidade permite o envio de comentários na demanda, a qualquer momento, sempre que houver necessidade de interação entre as partes.

Acesse o Menu: Demandas -> Comentários



Selecione a Demanda desejada e clique em *Selecionar*:

Demandas - Cancelamento de Demanda ▶ Menu principal ▶ Demandas ▶ Cancelamento de Demanda

---

**Unimed** Unimed  
Registro ANS:

Data da abertura da demanda de  até

Demanda Número	Data da abertura da demanda
<input checked="" type="radio"/> 365777-20260512-0003 => FORM-365777-20260512-0009 => FORM-365777-20260512-0010 => FORM-365777-20260512-0011 => FORM-365777-20260512-0012	12/05/2026
<input type="radio"/> 365777-20260603-0004 => FORM-365777-20260603-0013 => FORM-365777-20260603-0014	03/06/2026

Total: 2

Adicione os comentários e clique em **Enviar**:

Demandas - Cancelamento de Demanda • [Menu principal](#) • Demandas - Cancelamento de Demanda

 **Unimed** Noroeste do Paraná  
Registro ANS: 365777

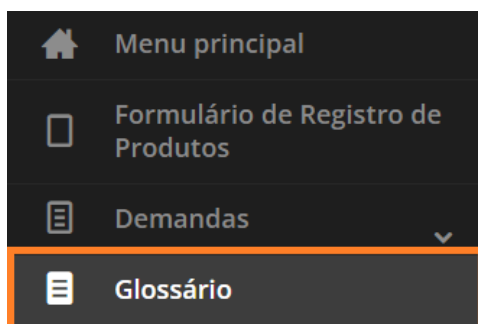
Demanda Número	Data da abertura da demanda
365777-20260512-0003	12/05/2026
==> FORM-365777-20260512-0009	
==> FORM-365777-20260512-0010	
==> FORM-365777-20260512-0011	
==> FORM-365777-20260512-0012	

Comentários:

## 5 - GLOSSÁRIO

O glossário reúne, de forma organizada, os principais termos utilizados no Formulário de Registro de Produtos, com o propósito de garantir clareza e padronização no preenchimento e interpretação das informações. Serve como referência prática para a equipe técnica, promovendo compreensão uniforme dos conceitos empregados e minimizando riscos de inconsistências ou erros durante o processo de registro.

O documento pode ser acessado ao clicar em Glossário, no Menu Principal do SIR-REP.



## 6 - INFORMAÇÕES UTEIS

Para maiores informações sobre a CERPRO, acesse a área de serviços do portal da Assessoria Regulamentar:

<https://www.unimed.coop.br/site/web/assessoriaregulamentarpr-parana/cerpro>.

Para dúvidas sobre registro de produtos, suporte, comentários ou sugestões, contate-nos por meio do correio eletrônico oficial do serviço: [cerpro@unimedpr.coop.br](mailto:cerpro@unimedpr.coop.br).