



*INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO  
FUNCIONALISMO*

# **MANUAL DO CREDENCIADO**



## ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	3
1.1. Quem somos	3
1.2. Nossos Dados	3
2. CONTATOS	4
3. INSTRUÇÕES GERAIS	5
4. ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO	6
4.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	8
5. AUTORIZAÇÃO	8
5.1. Necessita Autorização	9
5.2. Solicitar Autorização	10
6. FATURAMENTO	11
7. PAGAMENTO	13
8. RECURSO DE GLOSAS	13
9. CENSO DE PACIENTES INTERNADOS	13



## **1. APRESENTAÇÃO**

O presente manual tem como finalidade orientar e apresentar normas e critérios aos credenciados para atendimentos aos beneficiários do IMASF.

### **1.1. Quem Somos**

O IMASF é uma Autarquia Municipal, fundada em 16 de novembro de 1964. Gerido com recursos oriundos dos próprios beneficiários e por recursos oriundos de benefício para a assistência médica disponibilizados pelos empregadores municipais a seus Servidores.

### **1.2. Nossos Dados**

Razão Social: **INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO FUNCIONALISMO**

Nome Fantasia: **IMASF**

Endereço: **RUA DOM LUIZ, 201 – BAIRRO NOVA PETRÓPOLIS – SÃO BERNARDO DO CAMPO - CEP: 09770-290**

CNPJ: **59.149.823/0001-26**

Inscrição Municipal: **19184-1**

Inscrição Estadual: **625.024.579.114**

Registro na ANS: **não somos registrados**



## **2. CONTATOS**

**ANA LUISA OLIVEIRA PONTES – Superintendência**

**SANDRA GALVANI – Diretoria de Assistência à Saúde**

Contato telefônico: 3737-7006 ou 7007 - DIRETORIA

@: [diretoria@imasf.com.br](mailto:diretoria@imasf.com.br)

**CRISTIANE PASIN – Comercial**

Contato telefônico: 3737-7005

@: [assistencial@imasf.com.br](mailto:assistencial@imasf.com.br)

**CAREN MARCHINI – Seção Médica**

Contato telefônico: 3737-7052

@: [medico@imasf.com.br](mailto:medico@imasf.com.br)

**Canal de Transferência: Seção Médica do IMASF**

Contato: Jean – Fone: 3737-7038

@: [internacao@imasf.com.br](mailto:internacao@imasf.com.br)

**DESOSPITALIZAÇÃO – Canal via departamento IMASF em CASA**

Iniciado pelo Auditoria Médica Externa juntamente com o médico assistente do paciente.



### **3. INSTRUÇÕES GERAIS**

- Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados junto ao IMASF
- As Guias de Autorização emitidas pela IMASF, tem validade de 30 (trinta) dias a partir da data da emissão

#### **4. ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO**

O atendimento deverá ocorrer mediante a apresentação obrigatória da documentação abaixo, conforme atendimento.

##### **CONSULTAS AMBULATORIAIS:**

###### **Documentos Necessários:**

- Cartão de Identificação
- Comprovante de Pagamento, se informado no CARTÃO do BENEFICIÁRIO
- Documento de Identidade – com foto
- Preenchimento do impresso GUIA DE CONSULTA (impresso do CREDENCIADO)

##### **CONSULTAS PRONTO SOCORRO:**

###### **Documentos Necessários:**

- Cartão de Identificação
- Comprovante de Pagamento, se informado no CARTÃO do BENEFICIÁRIO
- Documento de Identidade – com foto
- Preenchimento do impresso GUIA SP/SADT (impresso do CREDENCIADO)

##### **PRAZOS DE RETORNO DE CONSULTAS:**

- Ambulatório: 30(trinta) dias
- Pronto Socorro: não se aplica

##### **SADT – Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia: EXAMES ELETIVOS (com encaminhamento e/ou autorização)**

###### **Documentos Necessários:**

- Cartão de Identificação – dentro da validade
- Documento de Identidade – com foto
- Preenchimento do impresso de SP/SADT(impresso do CREDENCIADO)
- Guia de Autorização do IMASF



**CIRURGIAS ELETIVAS / PROGRAMADAS (COM ou SEM uso de OPME)**

**Documentos Necessários**

- Cartão de Identificação – dentro da validade
- Documento de Identidade – com foto
- Preenchimento do impresso de SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (impresso IMASF), com antecedência mínima de 21(vinte e um) dias.
- Guia de Autorização do IMASF

**INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA**

**Documentos Necessários:**

- Cartão de Identificação – dentro da validade
- Documento de Identidade – com foto
- Preenchimento de SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO.

**NOTA: Deverão ser observados se o plano que o prestador atende corresponde ao do beneficiário, tais como carências e restrições especificadas no Cartão de Identificação do Beneficiário IMASF.**

#### 4.1 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

O Cartão de Identificação apresenta todos os dados necessários para a verificação da rede permitida, do plano do beneficiário, carências **e ou necessidade de comprovação de pagamento**, bem como informações necessárias para o preenchimento das guias de cobrança pelo credenciado, conforme modelos abaixo:

#### PLANO INTERMEDIÁRIO ( PREFIXO : 1.2.XXXXX.XX-X)



#### PLANO ESPECIAL I ( PREFIXO : 1.3.XXXXX.XX-X)





## 5. AUTORIZAÇÃO

### 5.1. Necessita Autorização

PRONTO SOCORRO	
Conta Aberta	para SADT , exceto exames laboratoriais e radiologia simples e os EXCLUSOS dos Pacotes.
Conta Fechada (PACOTE)	dispensa autorização/incluso no pacote , EXCETO os EXCLUSOS dos Pacotes.

SADT_ ELETIVOS/EXTERNOS	
Conta Aberta	COM EXCEÇÃO de Análises Clínicas Simples e Radiologia O RESTANTE todos necessitam de autorização do IMASF.
Conta Fechada (PACOTE)	dispensa autorização/incluso no pacote

SADT_ DE PACIENTES INTERNADOS	
Conta Aberta	São validados e considerados autorizados pela Auditoria Médica Externa( <i>in loco</i> ), com exceção dos exames constantes no grupo AMB/CBHPM/TUSS de “Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos” acima de R\$ 200,00.
Conta Fechada (PACOTE)	dispensa autorização/incluso no pacote

INTERNAÇÕES CLÍNICAS ou CIRÚRGICAS (ELETIVAS /URGÊNCIAS)	
Conta Aberta	SIM, com autorização do IMASF
Conta Fechada (PACOTE)	SIM, com autorização do IMASF
<b>OBS.: decorrentes de URGENCIA/EMERGENCIA deverão ser validadas tecnicamente pela Auditoria Médica Externa(<i>in loco</i>) antes do envio para o IMASF.</b>	

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais	
SADT ou INTERNAÇÕES _ELETIVAS com uso de OPME	SIM, com autorização do IMASF
SADT ou INTERNAÇÕES _URGENCIA com uso de OPME	SIM, com autorização do IMASF
<b>OBS.: decorrentes de URGENCIA/EMERGENCIA deverão ser validadas tecnicamente pela Auditoria Médica Externa(<i>in loco</i>) antes do envio para o IMASF.</b>	

MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO	
ACIMA DE R\$ 500,00	Deverão ser validadas tecnicamente pela Auditoria Médica Externa( <i>in loco</i> ) antes do envio para o IMASF.



## 5.2. Solicitar Autorização

As solicitações devem ser encaminhadas, por e-mail, para

- EXTERNOS (Exames): [autorizacao@imasf.com.br](mailto:autorizacao@imasf.com.br)
- PRONTO SOCORRO: [autorizacao2@imasf.com.br](mailto:autorizacao2@imasf.com.br)
- INTERNAÇÕES (e tudo decorrente) : [internacao@imasf.com.br](mailto:internacao@imasf.com.br)
- Horário de atendimento das 8:00 às 17:30h, de segunda a sexta-feira
- Fones: 3737-7032 / 3737-7039
- Responsável pelas autorizações: Cristina / Célia

**ATENÇÃO:** Toda solicitação deverá conter justificativa/breve relato, carimbo e assinatura do médico solicitante.

### MODELO DA GUIA DE AUTORIZAÇÃO IMASF

gjb0yqqjb0yq 18/12/20  
19 10:48:06  
**1 Guia de Internação**

Autorização: 580165568  
Dt. Autorização: 02/12/2019  
Dt. Internação: 30/11/2119  
Paciente: [REDACTED]  
Carteira: 1.3.06681.00-3

-----  
Procedimentos Autorizados:  
Cod. AMB Descrição

20010 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Acomodação: Apartamento  
Concedido 1 Diária  
Obs:

-----  
Conveniado: REDE D'OR SAO LUIZ - UNIDADE ASSUNCA  
D  
End: AV. JOÃO FIRMINO, 250  
Bairro: ASSUNCA  
Telefone:  
Médico solicitante: 150941 - THIAGO GONZALES MAR  
QUES

-----  
Emitente: Jeanderson Santos de Jesus

-----  
Assinatura do beneficiário

**IMASF**  
Rua Dom Luiz, 201 - Nova Petrópolis - S. B. do Campo - SP  
3737-7000 - [www.imasf.com.br](http://www.imasf.com.br) - [instituto@imasf.com.br](mailto:instituto@imasf.com.br)

## 6. FATURAMENTO

- Impressos: **formulários próprios do Hospital**
- Endereço de entrega físico: **RUA DOM PAULO MARIANO, 236, BAIRRO NOVA PETRÓPOLIS - SBC**
- Contato Telefônico – **3737-7029/ 3737-7028**
- E-mail: [elisabete.bento@imasf.com.br](mailto:elisabete.bento@imasf.com.br) / [revcontas@imasf.com.br](mailto:revcontas@imasf.com.br)
- Forma de envio Eletrônico / TISS: **FORMATO XML**
- Data de Entrega (Eletrônico/Físico) – período/prazos: vide Calendário do IMASF
- Contas Parciais: a cada 15 dias de internação
- Prazo para Entrega de Contas : 90(noventa) dias

### **Print do Edital:**

#### **10. DO PAGAMENTO:**

**10.1.** O IMASF efetuará o pagamento ao credenciado pelos serviços prestados, observadas as tabelas vigentes, no 5º (quinto) dia útil do mês subsequente da apresentação da documentação probatória dos serviços.

**10.2.** Os pagamentos serão efetuados desde que mantidas as mesmas condições iniciais de habilitação, e cumpridos os seguintes requisitos:

a) apresentação de nota fiscal/fatura, acompanhada da Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa da Previdência Social e do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

### **Orientação para emissão das Certidões**

#### **a. CND – Certidão Negativa de Débitos**

<http://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1>

#### **b. Certificado de Regularidade do FGTS**

<https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/impresao.jsf>

**COMPOSIÇÃO DAS CONTAS PARA ENTREGA**

• **Contas de Ambulatório ou Pronto Socorro**

Guia de Solicitação	Guia de Autorização, quando necessário	Capiente
---------------------	--	----------

• **Contas de Internações**

Guia de Solicitação	Conta Suja
Guia de Autorização, quando necessário	Capiente
Autorização de MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO, quando utilizado	Conta Limpa
Autorização do OPME, quando utilizado	Resumo da Internação/Cobrança
Nota Fiscal do OPME, quando fornecimento for via Hospital	

- **As contas deverão encaminhadas em lotes por Tipo de Conta, tais como:**
  - ✓ Ambulatório
  - ✓ pronto socorro
  - ✓ internações

**ENTREGA DOCUMENTAÇÃO e DATA**

- Seguir datas constantes no Calendário de Entrega de Contas
- Lotes individualizados conforme descrito acima com suas respectivas capas/resumo
- Arquivo XML anexar e-mail do envio
- Certidões de Regularidade Fiscal e Trabalhista
- Nota Fiscal



## **7. PAGAMENTO**

### **7.1. Demonstrativo de Pagamento**

Forma de Envio / Disponibilização do demonstrativo

Será enviado do e-mail: [elisabete.bento@imasf.com.br](mailto:elisabete.bento@imasf.com.br) / [revcontas@imasf.com.br](mailto:revcontas@imasf.com.br)

## **8. RECURSO DE GLOSAS**

Forma de Envio / Disponibilização do demonstrativo

Será enviado do e-mail: [elisabete.bento@imasf.com.br](mailto:elisabete.bento@imasf.com.br) / [revcontas@imasf.com.br](mailto:revcontas@imasf.com.br)

Prazo de Apresentação, recurso e resposta: **Até 45 dias**

Contato Telefônico: **3737-7029/ 3737-7028**

E-mail: [elisabete.bento@imasf.com.br](mailto:elisabete.bento@imasf.com.br) / [revcontas@imasf.com.br](mailto:revcontas@imasf.com.br)

## **9. CENSO DE PACIENTES INTERNADOS**

É necessário o envio DIÁRIO do Censo de pacientes internados para: @ [internacao@imasf.com.br](mailto:internacao@imasf.com.br)

