

ANEXO I

MANUAL DO REFERENCIADO

O objetivo deste manual é orientar o REFERENCIADO sobre os processos administrativos estabelecidos para o correto atendimento da medicina ocupacional, bem como, apresentar os formulários específicos para registro e comprovação dos serviços prestados aos funcionários das empresas clientes do Instituto de Assistência à Saúde Sociedade Simples Ltda - IAS.

A observação criteriosa das regras aqui descritas, garantirá segurança na prestação dos serviços e, consequentemente, efetividade do pagamento. Por isso, sua leitura minuciosa e consulta permanente são recomendadas. Cabe ressaltar ainda, que novas rotinas podem ser comunicadas através de e-mail ou correspondência.

O Setor de Saúde Ocupacional está à disposição para mais esclarecimentos através do e-mail doctorocupacional@ias-rs.com.br ou fone (51) 3584-0315.

1. Orientações de Atendimento

1.1 Agendamento dos atendimentos:

O setor de Saúde Ocupacional do IAS e/ou a(s) empresa(s) cliente(s) do IAS entrará(ão) em contato diretamente com o REFERENCIADO para o agendamento do(s) atendimento(s), comunicando a função que o funcionário exercerá e o(s) exame(s) a ser(em) realizado(s).

1.2 Realização dos atendimentos:

O atendimento ao funcionário só será possível mediante autorização via e-mail do setor de Saúde Ocupacional IAS ou apresentação da **Autorização de Atendimento de Saúde Ocupacional - Serviços Credenciados**, que será preenchida pela empresa cliente, conforme modelo anexo na pág. 3 deste manual.

1.2.1 Aos REFERENCIADOS dos exames complementares caberá:

- Observar os exames descritos na Autorização de Atendimento e realizá-los de acordo com o que estiver contratualizado junto ao serviço.
- **Serviços de Imagem (US, RX, TC e RM):** os resultados dos exames deverão ser disponibilizados via site ou e-mail, cabendo ainda o envio da imagem original do exame a ser encaminhada via correio, de acordo com os prazos contratuais estabelecidos;
- **Análises Clínicas e Toxicológicas:** os resultados dos exames deverão ser disponibilizados via site do Laboratório e/ou anexo dos laudos no sistema próprio do IAS, de acordo com os prazos contratuais estabelecidos;
- **ECG, EEG, Espirometria e Audiometria :** os resultados dos exames deverão ser disponibilizados via site ou e-mail, cabendo ainda o envio do traçado do exame a ser encaminhada via correio, de acordo com os prazos contratuais estabelecidos.

2. Faturamento e Cobrança

A fatura deverá ser encaminhada ao IAS até o dia 30 (trinta) do mês da prestação dos serviços, para o endereço: Rua General Osório, n.º 938, bairro Hamburgo Velho - Novo Hamburgo/RS, CEP 93510-205, A/C Serviços IAS, contendo a seguinte documentação:

- Autorização de Atendimento de Saúde Ocupacional - Serviços Credenciados (anexo modelo pág. 3);
- Capa de Fatura (anexo modelo pág. 4);
- Protocolo de Remessa (anexo modelo pág. 5);

OBS.: A Nota Fiscal não deverá ser encaminhada junto à fatura. O setor de Serviços encaminhará por e-mail o valor para emissão da N.F., e o REFERENCIADO deverá remetê-la em até 24 horas antes do vencimento da fatura.

- O pagamento será efetuado até o dia 30 do mês seguinte a apresentação da fatura.

3. Considerações Finais

Quaisquer dúvidas em relação a questões técnicas, nosso setor administrativo de Saúde Ocupacional poderá auxiliá-los através do telefone (51) 3584-0315.


Esclarecimentos em relação aos procedimentos aqui descritos, favor entrar em contato com o Setor de Saúde Ocupacional através do telefone (51) 3584-0315.


4. Modelo de Autorização de Atendimento de Saúde Ocupacional - Serviços Credenciados

- Trabalhamos com dois modelos de autorização (via sistema e manual):

		AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL PARA SERVIÇOS CREDENCIADOS		1ª via (branca) - Doctor Clin 2ª via (amarela) - Credenciado 3ª via (rosa) - Cliente	
PREENCHIDO PELA EMPRESA					
Empresa: _____					
Nome do funcionário (sem abreviações): _____					
Função: _____		Setor: _____		Data de nascimento: ____/____/____	
RG (apresentação obrigatória p/ atendimento): _____		NIT/PIS/PASEP: _____		CPF: _____	
Exames médicos ocupacionais solicitados:					
<input type="checkbox"/> Admissional - data admissão: ____/____/____		Data de agendamento: ____/____/____ Horário: _____			
<input type="checkbox"/> Mudança de Função: _____ Setor: _____		Exames complementares solicitados: _____			
<input type="checkbox"/> Periódico		_____			
<input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho - apresentar alta do INSS, quando for o caso.		_____			
<input type="checkbox"/> Demissional - O último ASO tem validade de 135 dias para empresas com grau de risco 1 e 2 e de 90 dias para as com grau de risco 3 e 4, inclusive para fins rescisórios.		_____			
				Empresa Contratante - Assinatura e Carimbo _____ Data ____/____/____	
LOCAL DE REALIZAÇÃO (Serviço Credenciado)					
Nome do serviço: _____					
Endereço: _____					
Cidade: _____			Telefone: _____		
PREENCHIDO PELO CREDENCIADO					
_____		_____		____/____/____	
Local/Cidade		Recebimento Serviço Credenciado		Data	
					

FORNECEDORES INTERIOR

© AgileWork 

		AUTORIZAÇÃO DE EXAMES - PCMSO	
Destinatário: _____			
Endereço: _____			
Telefone: _____		Cidade: _____	Bairro: _____
E-mail: _____			
Data Agendada: _____			
Cliente: _____			
Funcionário: _____			
Função: _____		Setor: _____	
Identidade: _____	Cpf: _____	Sexo: _____	D.nasc: _____
Médico Coordenador: _____			
____/____/____		_____	
Data		Prestador	

		Assinatura do Funcionário	

5. Documentos de Cobrança

Capa de Fatura

Credenciado:			
CNPJ/CPF:			
Mês de Competência:		Cidade:	

Procedimentos

	Paciente (ordem alfabética)	Data atend.	Exame	Valor (R\$)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
			TOTAL	

____/____/____

Carimbo e Assinatura

IAS INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROTOCOLO DE REMESSA Nº 003520

Nome do Prestador _____

CNPJ/CPF _____ Código _____ Mês _____ Ano _____ Data de Emissão _____

Tipo de Documento	Quant.	Valor
Guia de Consulta	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Guia de Honorário Individual	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Guia de Resumo de Intenção	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Agenda	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Total	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Valor Total por Extenso _____

Carimbo e Assinatura do Credenciado _____

Recebimento (sob carimbo) _____

Data do Recebimento _____
Número NF/Fatura _____

Gráfica Artsinos - 3568.5159 - 500bls 2x25 - 000.001 à 012.500 - 11/2011

5E7/11