

## 1- ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO DE PROFISSIONAL VIA OFÍCIO

Para pagamento dos profissionais contratados via ofício, será necessário seguir as orientações deste documento.

### 1.1 DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS

O pagamento dos profissionais via ofício ocorre mediante a apresentação do(a): **OFÍCIO DE PAGAMENTO DE PROFISSIONAL(1.1.1), GUIA DE AUTORIZAÇÃO EMITIDA NO SISTEMA AUTORIZADOR DO CISA(1.1.2) E COMPROVAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS(1.1.3).**

#### 1.1.1 OFÍCIO DE PAGAMENTO DE PROFISSIONAL

O ofício deverá ser preenchido de acordo com o serviço prestado. Nele deve constar alguns dados, quais sejam: número e data do ofício; nome da empresa e do profissional prestador; código, descrição, quantidade, valor unitário e valor total do serviço. É indispensável a assinatura do (a) secretário (a) responsável. Sempre que possível, coletar a assinatura do prefeito (a). Em caso de empenho separado, mencionar no ofício.

Link do modelo de ofício:

<https://mega.nz/file/reowQCpS#urr3CwQuOS7WTQEhgPW4SAZfRpDD5ZKZtssgqMSACK4>

Exemplo do modelo de ofício:

**IMPRESSO EM FOLHA COM TIMBRE DO MUNICÍPIO**

---

**OFÍCIO 000/2020** **NOME DO MUNICÍPIO, DATA**

AO CISA  
 SETOR DE FATURAMENTO

Pelo presente, informamos os seguintes Serviços Especializados prestados, conforme especificado na tabela abaixo.

Para tanto autorizamos a inclusão do respectivo valor em nossa Fatura, conforme quantidade especificada e preço acordado na Tabela/CISA.

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADOS


ENTIDADE PROFISSIONAL	PROCEDIMENTO CÓDIGO/CISA	VALOR CISA	QUANT.	PERIODO	VALOR TORAL
<b>NOME DA EMPRESA</b>	00522				
<b>NOME DO PROFISSIONAL</b>	MODULOS DE ATENDIMENTOS FISIOTERAPICOS	R\$ 85,61	10	Fev/2017	R\$ 856,10

### 1.1.2 GUIA DE AUTORIZAÇÃO EMITIDA NO SISTEMA AUTORIZADOR DO CISA

A guia deverá ser emitida com o nome do paciente “OFÍCIO”, nela deverá constar o carimbo e a assinatura do profissional prestador e do(a) secretário(a).

Link para acessar o sistema autorizador CISA: <http://sifass.com.br/cisa/>

Exemplo da guia de autorização CISA:

 <p><b>SIA/SUS</b> CNES:</p>	<p>Nº Atendimento <b>1230210089089</b></p>	<p><b>AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO VIA CISA</b>          Atendimento pago pelo Município de MIRAGUAI  <b>PROIBIDA A COBRANÇA DE VALORES AO PACIENTE!</b></p>	
	<p>CISA - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL          Munic.: <b>MIRAGUAI</b> (55) 3554-1303/          Data Aut.: 02/09/2019 11:55 Caráter Atend.: 1 - ELETIVO</p>	<p>5 x 0301070113 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL R\$ 150,00</p> <p><b>CARIMBO DO(A) PROFISSIONAL</b></p>	
<p>Paciente: <b>OFÍCIO</b>          Cartão SUS:          Nasc.:          Responsável:          Nome Mãe:          Endereço:          Bairro:</p>	<p><b>ASSINATURA E CARIMBO DO(A) SECRETÁRIO(A)</b></p> <p>00.000.000/0001-00          RAZÃO SOCIAL          Endereço completo da empresa          Bairro e CEP da empresa          Cidade e Estado da Empresa</p>		<p>00.000.000/0001-00          RAZÃO SOCIAL          Endereço completo da empresa          Bairro e CEP da empresa          Cidade e Estado da Empresa</p>
<p>Entidade / Profissional:  <b>120-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE SANTO</b>  <b>932-FERNANDA PEREIRA DO PRADO</b>  <b>R ROMARIO ROSA LOPES 42 CENTRO</b></p>	<p>Mar: às 08:00          Ass. Usuário/Resp. <i>Ass. Secretário(a)</i></p>	<p>Ass. Profissional  <i>Assinado pelo Médico</i></p>	<p>CID: R520          2ª Via - Entidade</p>
<p>Versão 1.26 Op.: FBC.CISA</p>		<p><b>ASSINATURA DO(A) PROFISSIONAL</b></p>	

### 1.1.3 COMPROVAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

A comprovação (apresentar cópia, visto que a original deve ficar arquivada no município) dos serviços prestados pode ser: **POR HORA (1.1.3.1), POR MÓDULO (1.1.3.2) OU POR SERVIÇO (1.1.3.3).**

#### 1.1.3.1 COMPROVAÇÃO POR HORA

Para pagamento de profissionais por hora trabalhada, deve ser apresentada a folha de ponto.

Link do modelo da folha de ponto: [https://mega.nz/file/COQ3USqB#6TXQxPBlptS-CkeuR13W6MnCv\\_yKab\\_Nj16yMH9tMDQ](https://mega.nz/file/COQ3USqB#6TXQxPBlptS-CkeuR13W6MnCv_yKab_Nj16yMH9tMDQ)

Exemplo da folha de ponto:

FOLHA PONTO CISA						
NOME (Da empresa e profissional):						
LOCAL (Onde foi prestado o serviço):						
PERÍODO: 21 de Maio a 20 de Junho de 2021 (Junho/2021)						
DIA	DIA SEMANA	Turno Manhã		Turno Tarde		Total de horas por dia
		Horário de Entrada	Horário de Saída	Horário de Entrada	Horário de Saída	OBS:
21	sexta-feira					
22	sábado					
23	domingo					
24	segunda-feira					
25	terça-feira					
26	quarta-feira					
27	quinta-feira					
28	sexta-feira					
29	sábado					
30	domingo					
31	segunda-feira					
1	terça-feira					
2	quarta-feira					
3	quinta-feira					
4	sexta-feira					
5	sábado					
6	domingo					
7	segunda-feira					
8	terça-feira					
9	quarta-feira					
10	quinta-feira					
11	sexta-feira					
12	sábado					
13	domingo					
14	segunda-feira					
15	terça-feira					
		<b>Total de horas:</b>				

**DEVE SER PREENCHIDO A QUANTIDADE DE HORAS EM CADA DIA**

**É OBRIGATÓRIO APARECER O TOTAL DE HORAS TRABALHADAS**

Ass. e carimbo da secretaria

Ass e carimbo do profissional

Carimbo e assinatura Secret.

ASSINATURA PROFISSIONAL

### 1.1.3.2 COMPROVAÇÃO POR MÓDULO

Para pagamento de profissionais por módulo, deve ser apresentada a relação das assinaturas. Link com o modelo de comprovação por módulos: <https://mega.nz/file/qDJhhYiQ#kU8k8er-JI4FLvJ30KNB7hOZSIo9OWsJ-GFzCDittWo>

Exemplo:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IJUÍ**

**RELAÇÃO DE MÓDULOS DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DO PROFISSIONAL**

NOME: **Nome do profissional**

DATA: **30/12/2021**

HORÁRIO: DAS **10:00** ÀS **12:00**. TOTAL: **2 HORAS**

**CADA HORA É EQUIVALENTE A UM MÓDULO.**  
 (no exemplo temos 2 módulos)

SEQ	NOME DO(A) PACIENTE	CARTÃO SUS	ASSINATURA
1	FULANO DE TAL	0000000000000000	<i>Fulano de Tal</i>
2	CICLANO DE TAL	0000000000000000	<i>Ciclano de Tal</i>
3	BELTRANO DE TAL	0000000000000000	<i>Beltrano de Tal</i>
4	FULANA SOBRENOME	0000000000000000	<i>Fulana de Tal</i>
5	BELTRANA SOBRENOM	0000000000000000	<i>Beltrana de Tal</i>
6			
7			
8			

### 1.1.3.3 COMPROVAÇÃO POR SERVIÇO

Para pagamento de profissionais por serviço, deve ser apresentada a relação das assinaturas. Link com o modelo do documento para coleta de assinaturas:

[https://mega.nz/file/mSJHQCQA#ehmqsrDJBLM2rgq3a\\_Qyw2\\_YBhSylBjVP7NrKl3lqSY](https://mega.nz/file/mSJHQCQA#ehmqsrDJBLM2rgq3a_Qyw2_YBhSylBjVP7NrKl3lqSY)

Exemplo de folha para coleta de assinaturas:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IJUÍ

RELAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DE ATENÇÃO BÁSICA DO PROFISSIONAL MÉDICO JOSÉ CARLOS DUTRA

PERÍODO DE 21/05/2021 A 20/06/2021

ASSINATURA DO  
 PACIENTE

SEQ	NOME DO(A) PACIENTE	CARTÃO SUS	ASSINATURA
1	FULANA SOBRENOME	0000000000000000	<i>Sdfasdfsdfas</i>
2	FELTRANA SOBRENOM	0000000000000000	<i>Uerres</i>
3	CICLANO DE TAL	0000000000000000	<i>Casefsdfsdfas</i>
4	FELTRANO DE TAL	0000000000000000	<i>Bagtyres</i>
5	FULANO DE TAL	0000000000000000	<i>Fdsfsdfasfd</i>
6	NOME DA PESSOA	0000000000000000	<i>Nfsdfasfd</i>
9	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS		

## 2 DÚVIDAS FREQUENTES

### 2.1 O QUE É O ATENDIMENTO POR MÓDULOS?

É um atendimento em grupo, quando um profissional atende um grupo de pessoas ao mesmo tempo, em um “módulo de fonoaudiologia”, por exemplo, o profissional reúne um grupo de pacientes na mesma sala e realiza um atendimento coletivo.

### 2.2 O QUE É O ATENDIMENTO POR SERVIÇO E QUANDO ELE OCORRE?

É o atendimento individual. Ocorre quando um profissional atende individualmente o paciente e recebe por atendimento.