

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 769/2025
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Thiago Patrick Brito

CARGO/FUNÇÃO: Técnico de Enfermagem

CPF: 009.124.669-52

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Acompanhante de paciente para tratamento de saúde em União da Vitória -Pr

Saída: 11/09/2025 às 04:00 horas

Chegada: 11/09/2025 às 23:00 horas

Em: 16 de setembro de 2025.

Thiago Patrick Brito
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 16 de setembro de 2025

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$250,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 16 de setembro de 2025

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$250,00** (duzentos e cinquenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo **Fonte 494-21 C/C26.216-1 PlanificaSUS** para a conta corrente do solicitante nº:19714-9, da agência nº0717 Banco SICREDI

Deiziane Rodrigues Escaraber
Ordenador de Despesa

PUBLICAÇÃO

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

Adilson Martins Inácio
Assinatura do Responsável



SESA-PR

REGULAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE

Espelho de Solicitação de Leito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	TAIS GABRIELI SOUZA	Nº Prontuário:	3.588.503
Data de Nasc.:	30/09/2007 (17a, 11m, 11d)	Sexo:	Feminino
Nome da Mãe:	CILMARA APARECIDA CALISTO DE SOUZA	Nº CNS:	700.5011.1408.0357
Responsável:	CILMARA APARECIDA CALISTO DE SOUZA - Mãe	Telefone(s):	(43)98475-8294
Endereço:	Rua Amelia Naufal, 364, Casa, Vila Santa Terezinha, 86.490-000 - Ribeirão do Pinhal/PR		(43)99806-5224

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Nº Solicitação:	5223690	Situação:	Reserva Confirmada	Tempo Espera Total:	14d, 23h
Data Solicitação:	26/08/2025 17:44			Tempo em Rejeitada:	0d, 0h
EAS Solicitante:	SMS DE RIBEIRAO DO PINHAL(EAS) (RIBEIRAO DO PINHAL/PR)			Tempo Exceto Rej.:	14d, 23h
Telefone 1:	(43)3551-2775	Telefone 2:	(43)3551-1204	Tempo na Situação:	1d, 1h
EAS Executante:	CLINICA MEDICA SAO CAMILO (UNIAO DA VITORIA/PR)				
Telefone 2:	(42)99992-0136	Telefone 2:	(42)3524-2617		

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Município Residência na abertura:	RIBEIRAO DO PINHAL
Idade Paciente na	17a, 10m, 27d
Solicitação Primária:	Solicitação Secundária:
Profissional Solicitante:	SHELSIA MARIA DE SOUZA CHAVES - CRM-PR 52895
Responsável Cadastro:	JANE DUTRA DO NASCIMENTO
Estabelecimento Cadastro:	SMS DE RIBEIRAO DO PINHAL(EAS)

DADOS DO ACEITE DA INDICAÇÃO DE LEITO

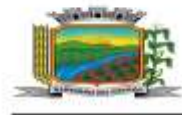
Contato/NIR:	NEIVA SILVA PRESTES - COREN-PR 386	Telefone Contato:	(42)99992-0136
Profissional Responsável:	LUIZA APARECIDA DE ASSIS OLIVEIRA - CRM-PR 14213		
Informação ao Solicitante:	CLÍNICA MÉDICA SÃO CAMILO		

AV. Capitão Arthur Canfield, 514 Bairro Nossa Senhora Das Graças - União da Vitória PR
Telefones para contato: (42) 99992-0136 / (42) 9992-0115 / (42) 3524-2616

Conforme contato telefônico, Cilmara (mãe), foi autorizado a vinda do paciente no dia 11/09/2025
HORÁRIO DE INTERNAMENTO: 10h
ATENÇÃO: NO MOMENTO DA CHEGADA NA UNIDADE, O PROFISSIONAL QUE ESTIVER ACOMPANHANDO O PACIENTE DEVERÁ IDENTIFICAR-SE ATRAVÉS DO INTERFONE. A AMBULÂNCIA SERÁ AUTORIZADA A ENTRAR NO PÁTIO DA CLÍNICA, MAS O PACIENTE E EQUIPE DEVERÃO PERMANECER DENTRO DA AMBULÂNCIA ATÉ LIBERAÇÃO DA NOSSA EQUIPE, SENDO AINDA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE ORIGEM GARANTIR A SEGURANÇA E SUPORTE NECESSÁRIOS AO PACIENTE. A RESPONSABILIDADE PELO PACIENTE SOMENTE SERÁ ASSUMIDA POR NOSSA INSTITUIÇÃO APÓS AVALIAÇÃO E CADASTRO DO PACIENTE VIA SISTEMA ELETRÔNICO.

O paciente será submetido à anamnese clínica para levantamento de informações gerais como estado de saúde e histórico de comorbidades. Havendo qualquer informação que não tenha sido relatada anteriormente e descumpra com a possibilidade de internação do paciente, o mesmo não será internado e a vaga então estará novamente à disposição do município. Um responsável pelo paciente deverá estar com ele no momento da admissão e assinará os termos do prontuário, portanto é imprescindível que se trate de familiar ou responsável legal. Havendo impossibilidade destes representantes, o profissional que estiver acompanhando ficará como responsável e deverá portar carimbo de identificação. Na ausência de quaisquer destes assinando como responsáveis, o paciente não será aceito.

ATENÇÃO PARA OS ITENS NECESSÁRIOS PARA A INTERNAÇÃO:



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

2. **NOME:** Thiago Patrick Brito
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Técnico de Enfermagem
4. **CPF:** 009.124.669-52
5. **N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

União da Vitória -Pr

7. JUSTIFICATIVA

Acompanhante de paciente para tratamento de saúde em União da Vitória -Pr

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 01 diárias de 250,00

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias: 250,00

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:

Placa:

Frota:

Particular:

6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;
(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;
(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário