

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 29/2026**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Sariene Kethilin Cabral

**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA

**CPF:** 108.102.109-83

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Acompanhante de paciente para tratamento de saúde em Piraquara.

**Saída:** 16/01/2026 às 04:00hrs

**Chegada:** 16/01/2026 às 19:00hrs

**Em:** 20 de janeiro de 2026.

\_\_\_\_\_  
Sariene Kethilin Cabral  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 20 de janeiro de 2026.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

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

**Em:** 20 de janeiro de 2026.

\_\_\_\_\_  
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 com nº. 27000-6, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
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

**GUIA DE TRÂNSITO DE PACIENTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	IGOR EDUARDO GOMES DOS SANTOS	Nº Prontuário:	4.783.399
Data de Nascimento:	01/03/2008 (17a, 10m, 14d)	Sexo:	Masculino
Nome da Mãe:	ELIANA GOMES	Nº CNS:	705.0074.4979.2759
Responsável:	ZEQUEL DOS SANTOS - Pai	Telefone(s):	(43)99930-7305
Endereço:	Julio Farah, 1475, Santa Terezinha, 86.490-000 - Ribeirão Do Pinhal/PR		(43)99602-7495

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Nº Solicitação:	5631514	Data:	12/01/2026 12:28	Situação:	Aguardando Remoção
-----------------	---------	-------	------------------	-----------	--------------------

**SOLICITANTE**

Estabelecimento:	CAPS II		
Profissional Solicitante:	MARILENE FERRAZ CAVALIERI		
Telefone 1:	(43)99909-1994	Telefone 2:	(43)3523-8903

**LEITO SOLICITADO**

Médico Regulador:	SAMIR ABRAO ABDO	Conselho:	
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA	Especialidade:	Dependência Química

**EXECUTANTE**

Estabelecimento:	HOSPITAL SAN JULIAN		
Endereço:	AVENIDA GETULIO VARGAS, 1900 - CENTRO. PIRAQUARA/PR		
Telefone 1:	(41)3673-8350	Telefone 2:	(41)3673-8350

**LEITO RESERVADO**

Médico Responsável:	LUISA DE CASTRO OSTOJA ROGUSKI	Conselho:	CRM-PR 34960
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA	Especialidade:	Transtorno Mental
Unidade:	REGULAÇÃO DE LEITOS - INTERNAÇÃO	Leito:	PSI-PSQGRAL-332

**Observações ao Solicitante:**

Unidade Rached  
O Hospital San Julian tem o compromisso de fornecer o melhor tratamento para seus pacientes. Por isso, foi discutido entre os médicos da Instituição quais pacientes têm condições de seguir o programa terapêutico e quais seriam mais bem atendidos em um Hospital Clínico.

**1. Cadastro de Internamento**

Para que o cadastro de Internamento seja realizado, o paciente deverá trazer os seguintes documentos pessoais:

- RG
  - CPF
  - CNS
  - Comprovante de endereço
  - Ordem judicial (caso possua)
- O acompanhante (familiar) deverá apresentar:
- RG
  - 3 contatos telefônicos
  - Endereço de e-mail

**Restrições e Procedimentos Importantes**

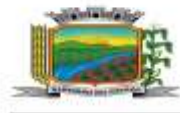
- Pacientes com febre ou sintomas gripais não poderão ser internados.
- Por questão de segurança, solicitamos que venha apenas um acompanhante no momento do Internamento, especialmente em casos de Internamento Involuntário.

- Importante: Pacientes com riscos nutricionais serão avaliados por nutricionista clínica.
- Se qualificados como portadores de desnutrição grave ou risco nutricional grave, não serão admitidos e deverão retornar à origem.

**Exames Laboratoriais Recomendados para Otimização do Atendimento**

Solicitamos que os pacientes encaminhados tragam exames laboratoriais prévios para melhor condução clínica, redução da morbimortalidade e melhoria do prognóstico:

- Hemograma Completo
- Glicemia em Jejum
- Creatinina
- TGO, TGP, Gama GT
- TAP



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

2. **NOME:** Sariene Kethilin Cabral  
3. **CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA  
4. **CPF:** 108.102.109-83  
5. **N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Piraquara-Pr

**7. JUSTIFICATIVA**

Acompanhante de paciente para tratamento de saúde em Piraquara.

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diária de 250,00

**Valor Unitário das Diárias:**

**Valor a Restituir:**

**Valor total da Diária:** 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