



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 ás 04:00hrs

Chegada: 16/01/2026 ás 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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



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 Nasc.:	01/03/2008 (17a, 10m, 14d)	Sexo:	Masculino
Nome da Mãe:	ELIANA GOMES	Nº CNS:	705.0074.4979.2759
Responsável:	ZEQUEL DOS SANTOS - Pai Julio Farah, 1475, Santa Terezinha, 86.490-000 - Ribeirão Do	Telefone(s):	(43)99930-7305
Endereço:	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. PIRACUARA/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:
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 serão 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 morbilidade 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