

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2051/2024**  
**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:**  
Acompanhamento do paciente para tratamento de saúde em Londrina.  
**Dia:** 02/12/2024  
**Em:** 12 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
Thiago Patrick Brito  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 12 de dezembro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 12 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$40,00** (Quarenta 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

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
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:	FABIOLA KETLIN DE MELO	Nº Prontuário:	3.708.955
Data de Nasc.:	13/01/1997 (27a, 11m)	Sexo:	Feminino
Nome da Mãe:	IVANI MARIANO DA SILVA	Nº CNS:	700.8039.3088.0582
Responsável:	IVANI MARIANO DA SILVA - Mãe	Telefone(s):	(43)99670-4899
Endereço:	Avenida Silveira Pinto, 431, Casa , Irma Romanelli, 86.490-000 - Ribeirão Do Pinhal/PR		

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Nº Solicitação:	4439941	Data	02/12/2024 15:10	Situação	Em Trânsito
-----------------	---------	------	------------------	----------	-------------

**SOLICITANTE**

Estabelecimento:	SMS DE RIBEIRAO DO PINHAL		
Profissional Solicitante:	SHELSIA MARIA DE SOUZA CHAVES		
Telefone 1:	(43)3551-2775	Telefone 2:	(43)3551-1204

**LEITO SOLICITADO**

Médico Regulador:	JOSE NORBERTO SCALCO	Conselho:	
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA	Especialidade:	Psiquiatria Geral

**EXECUTANTE**

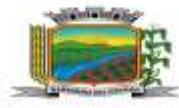
Estabelecimento:	HOSPITAL VIDA		
Endereço:	UNIVERSO, LETRA A, 92 - JARDIM SHANGRI LA A. LONDRINA/PR		
Telefone 1:	(43)3327-5858	Telefone 2:	(43)3327-5858

**LEITO RESERVADO**

Médico Responsável:	MARIA EUGENIA NAPOLIS FERREIRA	Conselho:	CRM-PR 54528
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA	Especialidade:	Dependência Química
Unidade:	REGULAÇÃO DE LEITOS - INTERNAÇÃO	Leito:	PSI-PSQGRAL-094
Observações ao Solicitante:	# TRAZER EXAMES LABORATORIAIS PARA SEREM AVALIADOS NO PRONTO ATENDIMENTO. SE INSTABILIDADE CLÍNICA OU LABORATORIAL PACIENTE SERÁ ENCAMINHADA DE VOLTA AO MUNICÍPIO. # PROIBIDO FUMAR NA INSTITUIÇÃO # ACOMPANHANTE DEVE SE RESPONSABILIZAR PELA INTERNAÇÃO.		

- 1-O PACIENTE DEVERÁ CHEGAR PARA INTERNAÇÃO NO PRAZO DE 24 HORAS APÓS A RESERVA CONFIRMADA, \*\*\*APOS COLOCAR EM TRÂNSITO O PRAZO E SÓ DE 12 HORAS PARA CHEGAR, DEPOIS O SISTEMA REJEITA AUTOMATICAMENTE
- 2- ÀS INTERNAÇÕES SÃO REALIZADAS \*ATÉ AS 22:00 HORAS\*
- 3- DOCUMENTOS OBRIGATORIOS para realizar a internação:  
CPF / CARTÃO SUS / RG / COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA,  
EXAMES LABORATORIAIS (HEMOGRAMA, URINA, FUNÇÃO HEPÁTICA E RENAL), e a depender das comorbidades individuais; no caso de mulheres, incluir BETA-HCG; pacientes em exposição sexual de risco TESTES RÁPIDOS
- 4-RELATORIO MÉDICO sobre o estado clínico do paciente
- 5- PACIENTE deve comparecer com familiar /responsável para realizar a internação;
- 6-INTERNAÇÕES INVOLUNTARIAS: Serão realizadas após avaliação e MANEJO do médico psiquiatra plantonista desta instituição. Se pacientes resistentes a internação, psicóticos, agressivos, agitados, avaliar necessidade de transporte em contenção mecânica
- Observação EM CASOS DE PACIENTES ORIENTADOS E LÚCIDOS serão realizadas as devidas orientações ao paciente e familiar, e tentativa de convencimento, POREM se o mesmo não concordar com o tratamento, não dispomos de força física para que o mesmo adentre o hospital.
- 7-Observação: no caso de doenças clínicas desestabilizadas, o médico plantonista poderá devolver o paciente ao município de origem.
- 8-Comunicamos a todos os pacientes e familiares que os produtos de higiene irão compor o estoque da instituição para correta identificação e acondicionamento em embalagens transparentes. Registramos que todos os pacientes terão o fornecimento destes produtos de forma ininterrupta.
- 9-NÃO é necessário trazer trocas de roupas, paciente utilizará roupas do hospital devidamente higienizadas, trazer somente roupas íntimas.
- 10-ORIENTAÇÃO PANDEMIA-COVID19: No caso de SINTOMAS GRIPAIS, COM FEBRE, o mesmo será encaminhado para cuidados clínicos e isolamento, NÃO SERÁ REALIZADO A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.
- \*\*\*Necessário trazer comprovante da vacina do COVID. E teste de COVID se sintomas respiratórios/gripais presentes

**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**

Destino: Londrina- Pr.

**7. JUSTIFICATIVA**

Acompanhamento do paciente para tratamento de saúde em Londrina.

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diárias de 40,00

**Valor Unitário das Diárias:**

**Valor a Restituir:**

**Valor total das Diárias: 40,00**

**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