

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2040/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JANE DUTRA DO NASCIMENTO  
**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA  
**CPF:** 048.867.749-11  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**  
Acompanhamento de pacientes para tratamento de saúde em Rolândia.  
**Dia:** 21/10/2024  
**Em:** 12 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
JANE DUTRA DO NASCIMENTO  
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**

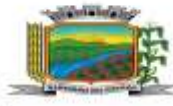
Paga a importância de **R\$40,00** (Quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo **Fonte 494-21 C/C26.216-1 PlanificaSUS** para a conta corrente do solicitante com nº. 74144-2, da agência nº.0717;

\_\_\_\_\_  
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:	VANILDO LEONEL PEDROSO	Nº Prontuário:	5.141.690
Data de Nasc.:	07/06/1967 (57a, 6m, 4d)	Sexo:	Masculino
Nome da Mãe:	MARIA DAS DORES PEDROSO	Nº CNS:	700.0043.4989.6508
Responsável:		Telefone(s):	(41)99685-0326
Endereço:	Rua Paraná, 396, Vila Herminia, 86.490-000 - Ribeirão Do Pinhal/PR		

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Nº Solicitação:	4321803	Data	21/10/2024 15:06	Situação	Em Trânsito
-----------------	---------	------	------------------	----------	-------------

**SOLICITANTE**

Estabelecimento:	SMS DE RIBEIRAO DO PINHAL		
Profissional Solicitante:	CLAUDIO MARIANO DANTAS		
Telefone 1:	(43)3551-2775	Telefone 2:	(43)3551-1204

**LEITO SOLICITADO**

Médico Regulador:	EDYN MYLZA SEVERINA LEMOS	Conselho:	
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA	Especialidade:	Psiquiatria Geral

**EXECUTANTE**

Estabelecimento:	CASA DE SAUDEROLANDIA		
Endereço:	RUA CIRO BOLIVAR ARAUJO MOREIRA, 195 - CENTRO, ROLANDIA/PR		
Telefone 1:	(43)3256-2334	Telefone 2:	(43)3256-2334

**LEITO RESERVADO**

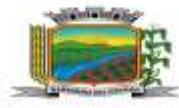
Médico Responsável:	MARCOS MAGALHAES FERREIRA	Conselho:	CRM-PR 21604
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA	Especialidade:	Dependência Química
Unidade:	REGULAÇÃO DE LEITOS - INTERNAÇÃO	Leito:	PSI-PSQGRAL-M103
Observações ao Solicitante:	VAGA LIBERADA PARA 11-12-2024 das 08:00 às 16:00 HRS.		

OBS: NÃO É PERMITIDO FUMAR NAS DEPENDENCIAS DO HOSPITAL  
Deverá vir ACOMPANHADO POR RESPONSÁVEL LEGAL, na falta deste o município solicitante deverá enviar assistente social no ato da internação ciente de que se responsabilizará pela assistência ao paciente durante a internação e pela retirada do mesmo na alta.  
NAO SERÃO ADMITIDOS PACIENTES APOS AS 16:00 HRS E/OU SEM A PRESENCIA DE RESPONSÁVEL LEGAL.  
AS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS SOMENTE SERAO REALIZADAS SE HOUVER INDICACAO DO MEDICO PSIQUIATRA DESTA INSTITUICAO, ou seja, o paciente será avaliado pelo psiquiatra e somente será internado se atender aos critérios para internação involuntária, da qual será emitido laudo e enviado ao Ministério Público para posterior confirmação da internação.  
Trazer do paciente:  
\* Cartão do SUS  
\* CPF  
\* Trazer os resultados dos exames que tiver realizado, uma vez que o paciente poderá ser devolvido para realização de exames se na avaliação de admissão o médico julgar necessário e/ou se os mesmos apresentarem alterações relevantes.  
\*COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA OU ENDEREÇO COMPLETO COM CEP, E TRES TROCAS DE ROUPAS COM TOALHA DE BANHO, CHINELOS E PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL (MENOS DESODORANTE AEROSOL, PAPEL HIGIÊNICO, PERFUME);  
\* Cópia da determinação Judicial (se for internação compulsória)

DEVERÃO VIR CIENTES DA INTERNAÇÃO;

Trazer do responsável RG + CPF + Telefone de Contato

ATENÇÃO:  
CASO HAJA COMORBIDADE CLÍNICA, O MÉDICO PLANTONISTA PODERÁ DEVOLVER O PACIENTE AO MUNICÍPIO DE ORIGEM, OU SEJA, A ADMISSÃO DO PACIENTE DEPENDERÁ DA AVALIAÇÃO MÉDICA PSIQUIÁTRICA E CLÍNICA.



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

**NOME:** JANE DUTRA DO NASCIMENTO  
**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA  
**CPF:** 048.867.749-11  
**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

**Destino:** Rolândia – Pr.

**3. JUSTIFICATIVA**

Acompanhamento de pacientes para tratamento de saúde em Rolândia.

**4. VALOR SOLICITADO:**

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

**Valor Unitário das Diárias:**

**Valor a Restituir:**

**Valor total da Diária:** 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