

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2042/2024
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: 30/10/2024
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

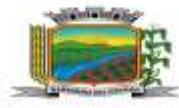
PUBLICAÇÃO

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:	IGOR EDUARDO GOMES DOS SANTOS
Data de Nasc.:	01/03/2008 (16a, 5m, 8d)
Nome da Mãe:	ELIANA GOMES
Responsável:	
Endereço:	Julio Larah, 1475, Centro, 86.490-000 - Ribeirão Do Pinhal/PR
Nº Prontuário:	4.783.399
Sexo:	Masculino
Nº CNS:	
Telefone(s):	
DADOS DA SOLICITAÇÃO	
Nº Solicitação:	4085908
Data:	31/07/2024 10:35
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:	ELAINE ANDRADE CRAVO
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA
Especialidade:	Psiquiatria Geral
Conselho:	
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
Tipo Leito:	PSIQUIATRIA
Especialidade:	Transtorno Mental
Unidade:	REGULAÇÃO DE LEITOS - INTERNAÇÃO
Leito:	PSI-PSQGRAL-ADOL10
Observações ao Solicitante:	VAGÁ LIBERADA PARA 09/08/2024 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 em assistência social no ato da internação cliente de que se responsabilizará pela assistência ao paciente durante internação e pela retirada do mesmo na alta. NÃO 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 ME PSIQUIATRA DESTA INSTITUICAO, ou seja, o paciente será avaliado pelo psiquiatra e somente será internado atender aos critérios para internação involuntária, da qual será emitido laudo e enviado ao Ministério Público posterior confirmação da internação. Trazer do paciente: * Cartão do SUS * RG * CPF * Trazer os resultados dos exames que tiver realizado, uma vez que o paciente poderá ser devolvido para o município de origem 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 ROLO 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 CLINICA, O MÉDICO PLANTONISTA PODERÁ DEVOLVER O PACIENTE AO MUNICÍPIO DE ORIGEM, OU SEJA, A ADMISSÃO DO PACIENTE DEPENDERÁ DA AVALIAÇÃO MÉDICA PSIQUIATRICA E CLÍNICA.	
missão: 09/08/2024 07:58	Emissor: JANE DUTRA DO NASCIMENTO
GSUS-v2.04.02.00	



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