

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2050/2024
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 do paciente para tratamento de saúde em Londrina.
Dia: 02/12/2024
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: FABIOLA KETLIN DE MELO N° Prontuário: 3.708.955
Data de Nasc.: 13/01/1997 (27a, 11m) Sexo: Feminino
Nome da Mãe: IVANI MARIANO DA SILVA N° CNS: 700.6039.3088.0562
Responsável: IVANI MARIANO DA SILVA - Mãe Telefone(s): (43)99670-4699
Endereço: Avenida Silveira Pinto, 431, Casa , Irma Romanelli, 86.490-000 -
Ribeirão Do Pinhal/PR

DADOS DA SOLICITAÇÃO

N° 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

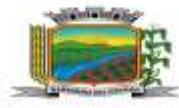
Estabelecimento: HOSPITAL VIDA
Endereço: UNIVERSO, LETRA A, 92 - JARDIM SHANGRI LA A. LONDRINA/PR
Telefone 1: (43)3327-5858 Telefone 2: (43)3327-5858

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. ***APÓS COLOCAR EM TRÂNSITO O PRAZO E SÓ DE 12 HORAS PARA CHEGAR, DEPOIS O SISTEMA REJEITA AUTOMATICAMENTE.
- 2- AS 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
paciente deve comparecer com familiar responsável para realizar a internação.
- 5-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

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: Londrina– Pr.

3. JUSTIFICATIVA

Acompanhamento de pacientes para tratamento de saúde em Londrina.

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