



Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Fernanda Maia de Souza

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Social

CPF: 007.834.159-07

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Acompanhamento de paciente à Cidade de Rolândia à tratamento de Saúde

Saída: 03/11/2021

Retorno: 03/11/2021

Em, 04/11/2021.

Fernanda Maia de Souza
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 04/11/2021.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 04/11/ 2021.

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$80,00** (oitenta e Reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante Ag.3882 Conta 20.253-8

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



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Nome do Servidor Beneficiário:
CPF: 007.834.159-07 16- 12 conta
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: Rolândia - PR
Data de Saída: 03/11/21
Data de Chegada: 03/11/21
Hora da Saída: 13:30hs
Hora da Chegada: 20:30hs

3. JUSTIFICATIVA

no data de 03 de novembro de 2021, eu fui acompanhar a paciente Maria Sorenia de Souza para ser internada na casa de saúde de Rolândia. A paciente não tem familiares para acompanhá-la, por esse motivo eu tive que acompanhá-la.

[Assinatura]



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir:
Valor total das Diárias:	

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: <i>Ambulância</i>	Placa: <i>ACL 8175</i>
Frota: <i>Saúde</i>	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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário



SESA-PR
REGULAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE

GUIA DE TRÂNSITO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA FERREIRA DE ARAUJO
Data de Nasc.: 02/05/1963 (58a, 6m, 1d)
Nome da Mãe: MARSIMIRA RITA ARAUJO
Responsável:
Endereço: --bairro Nago Vive, 100, --nango Vive, 86.470-000 - Jundiá Do Sul/PR

Nº Prontuário: 1.976.909
Sexo: Feminino
Nº CNS: 706.4096.6424.8789
Telefone(s): (43)3626-1542
(43)99691-7807

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Nº Solicitação: 1633502 Data Solicitação: 20/10/2021 17:40 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 Conselho: Psiquiatria Geral
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: Transtorno Mental
Unidade: REGULAÇÃO DE LEITOS - INTERNAÇÃO Leito: PSI-PSQGRAL-FM030

Observações ao Solicitante: VAGA LIBERADA PARA 04/11/2021 DAS 08:00 às 16:00 HRS.
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 INTERNACOES INVOLUNTARIAS 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
- * RG
- * CPF
- * Trazer os resultados dos exames que tiver realizado.

*COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA OU ENDEREÇO COMPLETO COM CEP, E TRES TROCAS DE ROUPAS COM TOALHA DE BANHO 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.

DADOS SOBRE O TRANSPORTE

Meio de Transporte: Ambulância Municipal