



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
CNPJ: 05.133.863/0001-50
2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

PORTARIA N.º 194/2021

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em exercício, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 05/05/2021, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 05 de Maio de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 69.870-000
Soure - Pará

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Joeline Maria Conceição X MATRÍCULA: uniao estavel
IDADE: 29 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: X
OCUPAÇÃO: de lei NATURAL:
RESIDÊNCIA: Vila de pesquisa ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Multigesta 35seu / SDC
Covid (positiva) para USG
Tost / Uscat / (PCR)
Encami. Obstetria

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico
CRM-PA 11452

1 DO:
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: MATRÍCULA:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 ENTRADA
DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:.....
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: