



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.º221/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito do Município de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **SILVIA MARIA VIEIRA CARDOSO**, na função de Enfermeira, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 14/05/2021, 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, 14 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal

Ciente:



SILVIA MARIA VIEIRA CARDOSO
CPF: 747.307.382-68

21/06 em em 14/05/21

Ronaldo S. SILVA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 11
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa - A

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Milton MATRÍCULA: _____
IDADE: 76 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: mineira
RESIDÊNCIA: Sau ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 3ª Rua TV 19/20 W. Carlos FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: TV 19/20 aparelho ruim
Dr. J. Brasil Ferreira
CRM - 2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA
3 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: _____

OBSERVAÇÕES
4 _____

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
