



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.º269/2021

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 26/05/2021, 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, 26 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal

Ciente:



SILVIA MARIA VIEIRA CARDOSO
CPF: 747.307.382-68

João / Silvia End

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1 DO: H. M. M. D
PARA: Santa Casa Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Valdineia Souza Teixeira MATRÍCULA: _____
IDADE: 23 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: po lar NATURAL: Paraná
RESIDÊNCIA: Al. Santo Expedito B/ncos ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Valdineia Moraes de Souza PARENTESCO: mãe
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____
Enferm. Osteoarticular

CONTRA REFERÊNCIA

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

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____