



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

## **PORTARIA Nº. 354/2021**

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

**CONSIDERANDO:** A necessidade da Sra. **PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**, na função de Técnica de Enfermagem, 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 07/07/2021, 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, 07 de Julho de 2021.

**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

### **Ciente:**

**PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**  
CPF: 019.597.562-65

0710712021



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
SANTO DEUS  
RUA SING...  
ENJ...  
CEP: 36.870-000  
Soure - PA

1 DO: H. M. M. D  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: Maria Celeste Cardoso Ferreira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 72 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Tv 11 entre 9/10 ruas FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Idosa apresente a ± 11 dias, quedades  
propria ALTURA, nao apresenta fratura, a ± 2 dias, fica c/  
constrição, abdomen levemente distendido, náuseas,  
vômitos, e dor abdominal aumentada  
S.S. CRAB. Encamih. Clínica Médica.

Dr. Jun R. Espinoza  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO