



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. 407/2021

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 05/08/2021, 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 Agosto de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA S/Nº
05-000
Soure - PA 4

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Antonio dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 86 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Paraense
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: TV 30 entre 415 ruas S. Pedro FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresentando dor
pre-cordial, OBESIDADE
edema / mmll TUBERCULOSE
e Cardiomegalia
Encaminh. CARDIOLOGISTA

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

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(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: _____

