



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 426/2021

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

CONSIDERANDO: A necessidade do Sra. **RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA**, na função de TÉCNICA DE ENFERMAGEM, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 12/08/2021, 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.

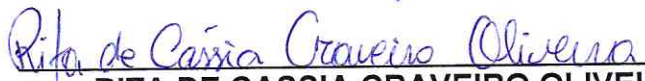
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure
Em, 12 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215



HOSPITAL MUNICIPAL
MEMINHO BEUS
END.: 81 RUA SINA
CEP: 88.870-000
Soure - Pa. A

1 DO: Hospital Municipal Meminho Beus
PARA: Hospital Santa Casa de Misericórdia

2 IDENTIFICAÇÃO

NOME: Joakeme Bezerra MATRÍCULA: _____
 IDADE: 30 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Casada
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 6ª mo trav 915 B. Novo ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com ^{Dr. José Brasil Ferreira} ~~osteia~~ ^{de consulta} ~~refu~~ ^{de trabalho} ~~frda~~ ^{de trabalho}

Dr. José Brasil Ferreira
CRM 7800
CPF 043.812.842-34
Médico do Trabalho

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO

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

3 ENTRADA

DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMI-CONSCIENTE DESACOMPANHADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÕES

4 NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____
