



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.º429/2021

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

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS, 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 do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 uma diária no valor de R\$ 100,00 (duzentos reais) para o dia 13/08/2021, 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, 13 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA...
CEP: 39.370-000
Soure - Pa

1 DO: Hospital Municipal Munim de Iguaraçu
PARA: Hospital do Coração

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Nuza de oliveira Pereira MATRÍCULA: _____
IDADE: 88 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Casada
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 3ª Rua TV 17-18 centro Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: 919891015

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente idosa apresentando demência, dispnéia leve, paciente hipertenso, glicose na glicemia, pressão arterial.
MOTIVO
Dr. José... CRM 2400
CPF: 043.672.942-34
Médico do Trabalho

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

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

