



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. 434/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, 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. **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 02 (duas) diárias no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 17/08/2021, 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.

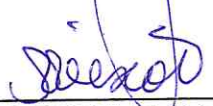
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 17 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DELIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



1

DO: _____

PARA: _____

2

NOME: Me. Patrícia Albuquerque

IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA: _____

IDADE: 80A

SEXO

MASC.

FEM.

ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____

NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: 6ª Rua TV: 22/23 Mucabinas

ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

MOTIVO

Tru especializado
af. final

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. José Brasil Ferreira
Médico Perito
CRM-2300-PA

1

DO: _____

PARA: _____

2

NOME: _____

IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA: _____

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____

SEXO

MASC.

FEM.

ESTADO CIVIL: _____

RESIDÊNCIA: _____

(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

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

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____