



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 540/2021

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município em exercício e, 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 04/10/2021, 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, 04 de OUTUBRO de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215

Neel + Rita



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Neel + Rita da Silva MATRÍCULA: _____

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____ NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: 137 Rua Alameda da FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

Paciente Idoso com 35h
apresentando dor abdominal
de caráter contínuo
em hipogástrio direito
com febre e vômito.
Encaminhado para

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____