



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. 581/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município, 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 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 15/10/2021, 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.

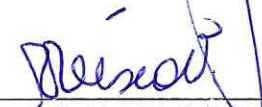
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 15 de Outubro de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.805
HOSPITAL MUNICIPAL
LEUZINO STEVES

1

DO: Hospital Municipal Leuzino Steves

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Edilciane dos Conceitos M. MATRÍCULA:
 IDADE: 06 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
 OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL:
 RESIDÊNCIA: Tucumãduba ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: Edilvane Brito R. Conceitos PARENTESCO: Mãe
 ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Hipertensão, dor fosa ilíaca direita intensa, distensão abdominal, dificuldade de deambular.

Jean Pablo S. Menezes
Enfermeiro
COREN-PA 693617

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

Jean Pablo S. Menezes
Enfermeiro
COREN-PA 693617

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA:
 IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
 RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: