



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. 039/2022

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município de Soure em exercício, Estado do Pará, República 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 31/01/2022, 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.

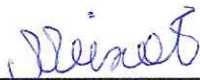
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 31 de janeiro de 2022



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
05.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1 DO: Residência
PARA: Residência

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Selestina Marques da Conceição MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: Própria ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: TU 22, entre próx. AV Brasil FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com suspeita de CA. Será enciado para residência para dar entrada em uma UPA.

Enamh Clínica UPA

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H
Médico - Diretor Clínico
CRM-PA: 11452

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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

