



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.º060/2022

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. **Adriana Gonçalves Chaves**, 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\$ 200,00 (duzentos reais) para o dia 11/02/2022, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho de avião 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.

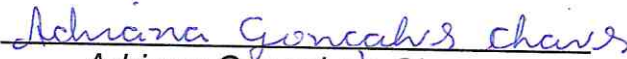
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 11 de Fevereiro de 2022.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



Adriana Gonçalves Chaves
CPF: 004.410.832-00

Adriana (Anão)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 133.800
HOSPITAL MUNICIPAL
"MÉTRICO DEUS"
END.: GERUASIN
CEP: 68.670-000
SOURÉ - PA

1

DO: H.M.M.D

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

Abreu

2

NOME: RN Keila Simone Bandeira MATRÍCULA: _____

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

Ocupação: _____ NATURAL: Paraense

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: 3ª rua Tv 1/3 B/novo FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: RN nascido prematuro de 26 semanas de parto normal expulsivo primigesta, no momento encontra-se bem aquecido; uso O2 unido 8litros p/min balyppuff, no saco aquecido. Funções fisiológicas presente urina 3x e evacua 1x; Temp 36.5 SPO2-94 FC 115.

[Handwritten signature]

CONTRA REFERÊNCIA

Carmen Lucia de Lima Gouvêa
Médica
CRM-Pa: 2159
CPF: 047.112.433-77

1

DO: _____

PARA: _____

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: _____