



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. 123/2022

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 17/03/2022, 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, 17 de Março 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.
133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua SINº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: _____

PARA: _____

2

NOME: Maria Helena Soares Lima IDENTIFICAÇÃO _____

IDADE: 42

SEXO

MASC.

FEM.

MATRÍCULA: _____

OCUPAÇÃO: Do Jar

ESTADO CIVIL: _____

RESIDÊNCIA: 5ª Du L B1 Mutumbic

NATURAL: _____

RESPONSÁVEL: _____

ZONA: URB. RUR

ENDEREÇO: _____

PARENTESCO: _____

FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

3

Dr. Dinário Pereira Septímio
CRM/PA 3393
CPF: 088.899.532-68

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

2

NOME: _____

IDENTIFICAÇÃO _____

IDADE: _____

SEXO

MASC.

FEM.

MATRÍCULA: _____

RESIDÊNCIA: _____

(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ESTADO CIVIL: _____

NA UNIDADE DE ORIGEM

RESPONSÁVEL: _____

ZONA: URB. RUR

ENDEREÇO: _____

PARENTESCO: _____

FONE: _____

ENTRADA

DATA:/...../.....

HORA:

RESPONSÁVEL ASSINATURA:

3

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

SEMI-CONSCIENTE

MORTO-SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÕES

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____