



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.º164/2022

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure , Estado do Pará, Republica 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 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 11/04/2022, 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.

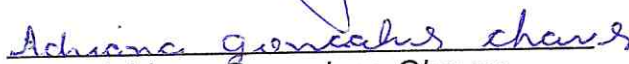
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 11 de Abril de 2022.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



Adriana Gonçalves Chaves
CPF: 004.410.832-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 8ª Rua 57Nº
CEP: 88.079-000
Soure - Pa /

1 DO: Residência
PARA: CIIR

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Vitória Grazielle S. dos Santos MATRÍCULA: _____
 IDADE: 11 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: Aliciane Severino Santos PARENTESCO: Mãe
 ENDEREÇO: TU 14, com 13ª rua, uniuirizal FONE: 989943324

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente menor e especial, segue para Belém para consultas de rotina
Euca

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

CONTRA REFERÊNCIA

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: _____