



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 284/2022

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, 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 13/06/2022, 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.

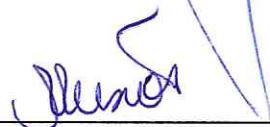
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 13 de Junho de 2022



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65

Paula + Isaac.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº: _____
End.: _____
CEP: _____

1 DO: Hospital municipal menino Deus
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO: _____
NOME: SUZANA DE CASTRO BEZINSKI MATRÍCULA: _____
IDADE: 29 ANOS SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: GITA PNL AT
FEB UNID BERT 108 - EL PERNS
DE LIGUIN AMINISCO
ADU. FECTOS

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Dinário Pereira Septímio
CRM/PA 3393
CPE: 089.899.532-68

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO: _____
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE: _____ ZONA: URB. RUR
RESIDÊNCIA: _____ PARENTESCO: _____
RESPONSÁVEL: _____ FONE: _____
ENDEREÇO: _____

3 ENTRADA: _____
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: _____

4 OBSERVAÇÕES: _____

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
