



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.º 575/2019**

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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 29/11/2019, 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, 29 de novembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

### **RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 29 de novembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**  
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: E.S. F Pacoval

PARA: Santa Casa de Misericórdia

NOME: Rudiana Vale Santos IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 28 anos

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL: Solteira

MATRÍCULA:

Ocupação: Do lar

NATURAL: Soure

RESIDÊNCIA: 9ª rua, Tv 23 e 24 - Pacoval

ZONA:  URB  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente gestante com 32s e 6d pela DUM e "30s e 0d" pela USS, tem gestação gemelar em curso e parto previsto p/ o dia 20/12/19.

3

Encaminhe p/ avaliação cirúrgica

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO

MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA:

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL:

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA: / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: