



**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 140/2021***

O Prefeito Municipal de Soure em, senhor **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO:** A necessidade da Sra. **ALCIONE CRUZ DA PENHA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento para COVID-19, na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cento reais) para o dia 12/04/2021, 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, 12 de Abril de 2021

---

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

---

**ALCIONE CRUZ DA SILVA**  
CPF: 700.239.992-68

10/04/2021

Alcione Enfª / Ronaldo



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/NS  
CEP: 68.879-000  
Soure - Pa

1

DO: H.M.M.D

PARA: Hospital de Campanha de Belem

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Izaurite Conceição da Conceição MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 47 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: Dolar NATURAL: Paraense

RESIDÊNCIA: 8ª rua TV 09110 matinha ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com clinico geral

CONTRA REFERÊNCIA  
José Brasil Ferreira  
CRM 2300  
C.P. 12.942-34  
Médico de Trabalho

1

DO: CID → B348

PARA: Proced → 0303010193

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE

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: \_\_\_\_\_