



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.º148/2021***

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

**CONSIDERANDO:** A necessidade da Sra. **ANA MARIA DOS SANTOS  
ALCANTARA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a  
serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada 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  
15/04/2021, 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, 15 de Abril de 2021.

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

**Ciente:**

  
\_\_\_\_\_  
**ANA MARIA DOS SANTOS ALCANTARA**  
CPF: 626.870.182-87

antonio e anasantos 15/04/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/00015  
OSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
RUA: 182 RUA S/Nº  
CEP: 05.870-000  
Soure - Pará

1 DO: H.M.M.D  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Sebastiana Maria Soares MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 50 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 10ma TV 04/05 Pacoval ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento de saúde  
Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM: 2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: CID → I21.3  
PARA: Proced → 030306019-0

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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

NÃO INTERNADO

4 \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_