



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.º173/2021

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

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES**, 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 29/04/2021, 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, 29 de Abril de 2021

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES
CPF: 538.527.532-87



END. MEMORIAL HOSPITAL MUNICIPAL
 133.863/00015

MEMORIAL HOSPITAL MUNICIPAL
 DO: Soure - PA - 68.970-000

1 PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Shirlena de Jesus dos Santos MATRÍCULA: _____

IDADE: 16 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Prontuário # 36 sep 1986
Ingresso pela EMG, a prontuário dispensa
do trabalho, após 8 dias post. de
litania, da 4 / 1 hora, pátida. cetera
quede febre Encanh Obstetria

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinosa H.
 Médico
 CRM-PA 11452

1 DO: _____
 PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

2 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: _____

4 OBSERVAÇÕES: _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

