



**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.º185/2021**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **CRISTIAN RANIERI ROCHA MORAES**, na função de Enfermeiro, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, para participar da capacitação de COVID-10-SESPA.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 02/05/2021, 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, 02 de Maio de 2021.

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

Ciente:

**CRISTIAN RANIERI ROCHA MORAES**  
CPF: 012.664.842-56

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



Handwritten notes and stamps in the top right corner, including a stamp that says 'HISTÓRICO HOSPITAL'.

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

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: Waldilene Alcantara Chaves MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 36 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Parocele  
OCUPAÇÃO: Est. a. n. t. e NATURAL: X  
RESIDÊNCIA: TV 24 e. l. n. e 34115 P. ceval ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: gestante + 38 seu x 2m.  
g. la 40900. 0.  
2. n. e. n. n. e. 3/1cm, BCF: 150b p.  
Encaminh. Obstet. r. c. i. a

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. M. R. Espinoza Jr.  
Médico  
CRM-PA 11452

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_