



**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.º229/2021***

O Prefeito Municipal de Soure em, senhor CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA, 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 (cem reais) para o dia 17/05/2021, 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, 17 de Maio de 2021

---

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**  
Prefeito Municipal

**BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES**

CPF: 538.527.532-87

Diagnóstico em 14/05/21

Joniak e Bialais



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
155.863/0001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 88.870-000  
Soure - Paraná

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Carlos Rafael Ferraz Sene MATRÍCULA:

IDADE: 34 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: União estável

OCUPAÇÃO: Funcionário Público NATURAL: Sene

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 2ª Rua entre TV 04 B. Nova FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

INAPETÊNCIA  
Intelectual

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

Concluída

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA:

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM

RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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: