



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.º239/2021

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

**CONSIDERANDO:** A necessidade do Sra. **LUCICLEIDE NAZARE COSTA**, 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.


### **RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 18/05/2021, 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, 18 de Maio de 2021.

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

**Ciente:**

  
\_\_\_\_\_  
**LUCICLEIDE NAZARE COSTA**  
**CPF: 30376904291**

31 AGOSTO 18/05/21 RAFAEL e CLÉIDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
END.: 8ª RUA S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - PA

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Sueli Leite Gomes MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 63 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Casada  
OCUPAÇÃO: Mãe NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 12 - Rua entre tv 20 B. Vozal FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO  
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta fase produtiva + dificuldades de respirar + frequência - necessita de tratamento especializado em cardiologista.  
Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM: 14300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: NÃO INTERNADO