



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.245/2021

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 20/05/2021, 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, 20 de Maio de 2021

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA  
Prefeito Municipal

*Beatriz do Socorro Santos Nunes*  
BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES  
CPF: 538.527.532-87

Admissão em 20/05/21 covid

Júnior e Viatris  
REFERÊNCIA Nº

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
R. ... Nº ...  
CEP: 85.410-110

Hospital Municipal Menino Deus

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Lucas David da Silva Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 26 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ORIGEM: Própria NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: Própria ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: R. ... nº ... FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente adquire sintomas respiratórios, febre, tosse e falta de ar há 14 dias. Suspeita de COVID-19 - PCR positivo e isolamento de vírus em cultura.

Dr. J. D. S. PEREIRA  
CRM 2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINAIS

SINTOMAS AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

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