



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.º 254/2021

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 da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, 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 médico para COVID-19 na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 22/05/2021, 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.

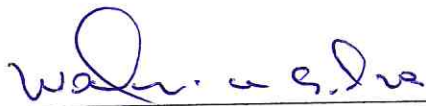
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 22 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87

Fabio + Peide - 22/05/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

75.133.863/000156
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 84 Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1

DO: Hospital Municipal Municipal Menino Deus

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Pedro Amanda Miranda Barbosa MATRÍCULA: _____

IDADE: 79 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: 5ª Rua entre TV 3/3 B. Nova FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Paciente apresenta tosse + 100%
de sintomas, dispnéia severa, mal-estar
geral, perda de apetite.

Encaixa Pacemologista
INFECTIOLOGIA

Dr. Jim A. Espinoza
Médico
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

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: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____
