



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.º256/2021

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

CONSIDERANDO: A necessidade da Sra. **Adriana Gonçalves Chaves** , na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 24/05/2021, 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, 24 de Maio de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal

Ciente:

Adriana Gonçalves Chaves
CPF: 004.410.832-00

Antonio / Rota 24/05/2021

REFERÊNCIA Nº
133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1

DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA:

End.: 82 RUA 9/14

CEP: 68.870-000

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Marcia Cavalcante Silva MATRÍCULA:

IDADE: 35 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: Autônomo NATURAL:

RESIDÊNCIA: Soure - PA ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: TV 14 entre 13/14 ruas FONE: (91) 993027630

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Enxof. Inicialmente

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

Dr. Jânio Espinosa Jr.
Médico
CRM-PA 11452

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: _____
