



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.259/2021

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 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

BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES

CPF: 538.527.532-87

Edalberto Junior / Beatriz 23/05



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: Hospital de Campanha de Belém

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Rosane do Socorro Norberto Meiel MATRÍCULA: _____
IDADE: 53 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 7ª Rua entre TV 5/6 FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta a + 10 dias
doença grave febril, dispnéia severa
oneda far social, do tipo M. Vermelho
SCP e onep tan tes e estertores
moleculares
Encaminh. Intelectual

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. João Espinosa Jr.
Médico
CRM 11112

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) 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

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____
