



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
CNPJ: 05.133.863/0001-50  
2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

## **PORTARIA Nº. 424/2021**

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

**CONSIDERANDO:** A necessidade da Sra. **PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**, 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 02 (duas) diárias no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) para o dia 11 e 12/08/2021, 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, 11 de Agosto de 2021.

**CARLOS AUGUSTO DELIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**Ciente:**

**PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**  
CPF: 019.597.562-65

Paulo Luis de Jesus 11/08/21

REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
OSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.879-000  
Soure - Pa



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



1 DO: Hospital Menino Deus  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: Pedro Roberto da Silva B MATRÍCULA:  
IDADE: 88 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Casado  
OCUPAÇÃO: pescador NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: 3ª rua trav 13 e 14 ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: *EMERGENCIA*  
*CCOPDIO*

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:  
PARA:

Dr. José Brasil Ferreira  
CRM 2300  
CPF: 043.672.942-94  
Médico do Trabalho

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:

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: