



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. 470/2021**

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 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 23/08/2021, 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, 23 de Agosto de 2021.

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

**Ciente:**

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



HOSPITAL MUNICIPAL  
UNIDADE DE BUS  
END. RUA ... S/Nº  
CEP: 68.870-000  
SOURE - PA

1

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Mariana Pereira Nascimento MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 88 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

2

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: 10' Rua ... ZONA:  URB.  RUR

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**MOTIVO**

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

quodam / Estado / confusão no  
de da análise de venur

Ench. ORTOPEDISTA

Dr. Jim R. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

**CONTRA REFERÊNCIA**

1

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

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

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

NA UNIDADE DE ORIGEM

2

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

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**ENTRADA**

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: \_\_\_\_\_

3

**OBSERVAÇÕES**

**NÃO INTERNADO**

4

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