



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. 607/2021**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município, Estado do Pará, Republica 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 30/10/2021, 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, 27 de Outubro de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal

**Ciente:**

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

curitiba + saula ylesoni

Em: 30/11/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
2.133.863/000  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 6ª Rua S/Nº  
CEP: 68.070-000  
Soure - Pa

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: \_\_\_\_\_

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Carlos Alberto da Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 94 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Casado  
OCUPAÇÃO: aposentado NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 34º Rua Trav. 21 Pacoval ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: Hebeira Cruz PARENTESCO: viúva  
ENDEREÇO: Aluna Citado FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ench. Acetilgiste

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza II  
Médico - Diretor Clínico  
CRM-PA: 11452

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO, RUA, Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE NA UNIDADE DE ORIGEM  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_

3 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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_