



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.º615/2021

O Prefeito Municipal de Soure , senhor
CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA, 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, na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 01/11/2021, 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, 01 de Novembro de 2021

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES
CPF: 538.527.532-87

Antonio + Rua. 03/11/21

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



133.863/0001501
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa. B

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: OSVALDINA RAIMUNDA BARBOSA MATRÍCULA: _____
IDADE: 87a SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: PARÁ
RESIDÊNCIA: GERVA BAIRRO BRASILEIRA ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: BRUNO NASCIMENTO FONSECA PARENTESCO: NETO
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: ACU

encaminh. necess. do

CONTRA REFERÊNCIA

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

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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