



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.º697/2021

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 os dias 22/12/2021, 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, 22 de Dezembro de 2021

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Beatriz do Socorro Santos Nunes
BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES
CPF: 538.527.532-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/000151
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End. 18ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
R.0078-006

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Fernanda Caroline Silva Oliveira MATRÍCULA: _____
IDADE: 23 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Autônoma NATURAL: Paraense
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 9ª rua TV 415 B1 novo FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta dor intensa na região do epigastro e vômitos contínuos, mal estar geral
Encamh GASTRO

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: _____
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: _____
