



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.º032/2022**

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 27/01/2022, 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 Janeiro de 2022.

---

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES**  
CPF: 538.527.532-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/0001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

1

DO: H M MD  
PARA: Hospital Divina Providencia

IDENTIFICAÇÃO


2

NOME: Raimundo Augusto R. Nogueira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 62 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Trabalhador Rural NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: TU. 7, entre 2ª e 3ª ruas, Novo FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente vítima de queda de casa-  
lo, com dificuldade de mobilidade.

  
Dr. Jairo R. Espinoza H.  
Médico - Internista Clínico  
CRM-PA: 11452

CONTRA REFERÊNCIA

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: .....

<input type="checkbox"/> ANDANDO NORMAL	<input type="checkbox"/> ANDANDO APOIADO	<input type="checkbox"/> CARREGADO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> MORTO-SINTOMAS E SINAIS	

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

4

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

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