



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. 146/2022**

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 29/03/2022, 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, 29 de Março de 2022

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

**Ciente:**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº



1

DO: CAPS I Marajó - Soure  
PARA: U/E Psiquiátrica do H. Aluísio Gaspar Urana

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Sandro Luiz Damascos Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 40 anos SEXO:  MASC.  FEM.  CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Pesquisador Artesanal NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 9ª Rua Alameda IV, 20/21 - Rocoval ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente desde 08/20/13 está em tratamento nesse CAPS I Marajó após intoxicação por uso de medicação veterinária. Evoluiu e deveu psiquiatria de 05/10/13. Atualmente em "curto" por abandono no do tratamento medicamentoso.

CONTINUA REFERÊNCIA

1

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM.  CIVIL: \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE ORIGEM  
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: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

\_\_\_\_\_