



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. 337/2022**

O Sr. **JORGE PEIXOTO RAMOS**, Prefeito do Município de Soure em exercício, 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 27/06/2022, 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 Junho de 2022

**JORGE PEIXOTO RAMOS**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 133.809/00  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MBNINO DE 13"  
End.: 8ª Rua Sítio  
CEP: 68.879-000  
Soure - PA

1

DO: Residência - HUD  
PARA: Residência - UPA

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Manoel Martins MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: Bragança  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Rua do Sen Nelson, 50, Tucuruá FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente idoso vítima de acidente de estaca, com forte impacto na cabeça. Segue para Belém para exames especializados

CONTRA REFERÊNCIA

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: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

4

NÃO INTERNADO

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