



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.º139/2020**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO NUNES 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 20/04/2020, 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, 20 de abril de 2020.

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

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 20 de abril de 2020.

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**



**REFERÊNCIA Nº**  
**5.133.863/00015**  
**HOSPITAL MUNICIPAL**  
**"MENINO DEUS"**  
**END.: 8ª Rua SIN**

**CEP: 68.879-000**  
**Soure - Pará**

**1**

DO: H.M.M.D.

PARA: Fundação Sts. Caspary

**2**

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Reseila Koral Nascimento MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 28 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure

RESIDÊNCIA: Rua 14 de Junho Rio ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3**

**MOTIVO**

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado  
na Obst. - Alta Risco

Dr. J. BRASIL FERREIRA  
 CPF 043.672.942-34  
 CRM 2360  
 Médico Cirúrgico

**CONTRA REFERÊNCIA**

**1**

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

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

**2**

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

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

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3**

**ENTRADA**

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINAIS

PRESENTE AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

**4**

**OBSERVAÇÕES**

**NÃO INTERNADO**

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