



**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.º148/2020**

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 07/05/2020, 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, 07 de maio 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, 07 de maio de 2020.

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

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



**REFERÊNCIA Nº**  
 5.133.803/00  
**HOSPITAL MUNIC**  
**"MENINO DEUS"**  
 End.: 81.100 S.  
 CEP: 68.170-000  
 SOURE - PA

DO: Hospital Municipal Menino Deus  
 PARA: Santa Casa da Misericórdia

**IDENTIFICAÇÃO**  
 NOME: Raiza de Cassia Santos Figueiredo MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 29 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: união estável  
 OCUPAÇÃO: Pescadora NATURAL \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: Soure - PA ZONA:  URB  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: 10ª Rua FONE: \_\_\_\_\_

**MOTIVO**  
 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: A Multigesta de ± 38 s 6d, com HIV (positivo) refere contrações uterinas, ao exame obstétrico, com dilatação ± 2/3 cm, posição cefálica, bolsa íntegra, cdo média e BCF 159 / 164. Com histórico de (03) cesáreas anteriores. Necessita de Anestesia de Lidocaína.

**CONTRA REFERÊNCIA**

Dr. J. Brasil Ferreira  
 CRM-2300  
 CPF. 043.872.942-34  
 Médico Perito

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

**IDENTIFICAÇÃO**  
 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MARCAR O NOME E BARRIO, OU LOCALIDADE) ZONA:  URB  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**ENTRADA**  
 DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
 CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONS  
 INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS  
 PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES