



**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.º324/2020***

O Prefeito Municipal de Soure, senhor  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA  
GOUVEA**, no uso de suas atribuições  
legais,

**CONSIDERANDO:** A necessidade da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 02 (duas) diárias no valor de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) para o dia 30/09/2020, 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, 30 de Setembro de 2020.

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

**Ciente:**

  
\_\_\_\_\_  
**WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**  
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REBRÉNCIA Nº 15  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENTE DO BUS"  
End.: 8ª Rua 87Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

1

DO: H.M.M.D

PARA: Hospital: Santa Rosa, misericórdia

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Karlaiane Conceicao dos Santos MATRÍCULA:

IDADE: 16 ANOS SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL:

RESIDÊNCIA: 6ª rua Tv 32/33 macacheira ZONA:  URB.  R

RESPONSÁVEL: Maria Shirley da Conceicao Santos PARENTESCO: mãe

ENDEREÇO: 1211/STZOU. AUMD19 FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Por migalhas 39 sem / 3 d. de USG. ingresso pela FME, apresentando síndrome de e quadric hipertensão (160/100), e disréc BCRV 24 bpm, Exo 10, feno 30, gus. Postura. Encaminh. Obstetria

Dr. Jim R. Espinoza  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  R

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 SIN

PRESENTES AO CHEGAR:

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: