



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.º033/2021

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 02/02/2021, 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, 02 de Fevereiro de 2021.

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
3.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End. 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1

DO: Hospital Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Gleise de Nazari Laureana de Souza MATRÍCULA:

IDADE: 38 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Casada

OCUPAÇÃO: do lar NATURAL:

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 12ª Rua da TV 16/17 B. Amizade FONE:

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta dor abdominal
a I 24h, apresenta epigastria, parietal
do local, todo no FID, Mac Burney (+)
Blumer (+), RH (+)
Encaminh. Cirurgia

CONTRA REFERÊNCIA

[Signature]
Dr. J. W. Espinosa Jr.
Médico
CRM-PA 11452

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

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:

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: