



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.º176/2021

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

CONSIDERANDO: A necessidade da Sra. **ANA MARIA DOS SANTOS ALCANTARA**, 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 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 30/04/2021, 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, 30 de Abril de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



ANA MARIA DOS SANTOS ALCANTARA
CPF: 626.870.182-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERENCIA Nº
32.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 6ª Rua S/Nº
CEP: 68.970-000
Soure - Pa

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Rosimar Jonatas Araújo da Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 59 an. SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. R
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Comunidade do céu FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente ref. dor abdominal intensa + distensão abdominal + constipação intestinal há 4 dias.
necessita de avaliação cirúrgica Geri.

Dr. João Espinoza
Médico
CRM - PA 11452

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. R
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIE

INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SI

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

