



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.º361/2021**

O Sr. ALDRIN FERREIRA NUNES, Prefeito do Município em exercício, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** a necessidade da Sra. TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS, 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 (duzentos reais) para o dia 07/07/2021, 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, 07 de Julho de 2021.

  
ALDRIN FERREIRA NUNES  
Prefeito Municipal

Ciente:

  
TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS  
CPF: 020.923.662-03

Tarsila / 1º ano

071071001



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/000150X  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
Rua: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

1

DO: H.M.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Paulo Vitor Dias Craveiro MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 16 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR

RESIDÊNCIA: Soure PARENTESCO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: 12ª rua TV matinha

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: <sup>MOTIVO</sup> Paciente Refere a ± 3 dia  
dor epigástrica após alimentação se localiza  
na FID / máe Bernay (++++) Blimer  
(++++) / Constipação, RNA / Abolida

leuci 27/000, Oncoan, Cirurgic

Dr. Jan R. Espinosa H.  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: CID - p K 35.9

PARA: Proced + 040702003-9

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
NA UNIDADE DE ORIGEM

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

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

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: \_\_\_\_\_

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

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