



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.º487/2021**

O Sr. ALDRIN FERREIRA NUNES, Prefeito do Município em exercício, 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 07/09/2021, 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, 08 de Setembro de 2021.

  
ALDRIN FERREIRA NUNES  
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

  
TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS  
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



1 DO: Hospital Municipal Leuzino Deus  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Rafaela Sales Araújo MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 34 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure PA ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 5º Rua 3. Novo TU 7/B NOVO FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Enoch Boler Cristoforo

**CONTRA REFERÊNCIA**

Dr. Jim R. Espinoza  
Médico  
CRM-PA 11452

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

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE NA UNIDADE DE ORIGEM  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_