



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.º603/2021

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor ALDRIN FERREIRA NUNES, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 26/10/2021, 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, 26 de Outubro de 2021

ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES
CPF: 538.527.532-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: H.M.M.D
PARA: Hospital Metropolitano

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Wasley Pereira da Conceição MATRÍCULA: _____
IDADE: 22 SEXO MASC. FEM. / ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Pescador NATURAL: Paraense
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 8ª rua TV matinha FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: paciente vítima de Ferimento por
ARMA BRANCA no Abdome. (13cm) e/ouiscia
de epiploa e sangramento. Alcoolizado
e realizado laparotomia exploratória e tração
de intestino
epiploa
epiploa
epiploa

Dr. Jim R. Espinoza H
Médico - Diretor Clínico
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 _____ NA UNIDADE DE ORIGEM _____
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
FONE: _____

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

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____