



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.º053/2022

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

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **ROSANA ALBUQUERQUE BARBOSA**, 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 07/02/2022, 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 Setembro de 2022.

ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em Exercício

Ciente:

ROSANA ALBUQUERQUE BARBOSA
CPF: 863.586.342.91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.138.863/00015

HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 08.879-000

Soure - PA

1

DO: H. M. Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Deidiane Tavares da Silva

MATRÍCULA:

IDADE: 42 anos SEXO MASC. FEM.

ESTADO CIVIL: solteira

OCUPAÇÃO: Agente Sanitária

NATURAL:

RESIDÊNCIA: Ru: 15 entre 12 e 13 Laminiza

ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Paciente apresenta Anemia
Severa Hemoglobina 4,9 g/dl. Polidez
extrema das mãos e pés.
Schistocitose extrema.

Encah. Hematologista

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H
Médico - Diretor Clínico
CRM-Pa. 11452

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

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:

3

ENTRADA

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

MOTIVO: _____

4