



**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.º 048/2021***

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure 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 (cem reais) para o dia 16/02/2021, 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, 16 de Fevereiro 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**



**REFERÊNCIA Nº**

133.663/20015  
 HOSPITAL MUNICIPAL  
 MENINO DEUS  
 R. D. CARNEIRO  
 SOURE - PA

C.P. 13.370-800  
 SOURE - PA

**1** DO: Hospital Municipal Menino Deus  
 PARA: Hospital Maradei

**2 IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Francisco Silva Nascimento MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 50 Anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: Caju-lina ZONA:  URB.  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3 MOTIVO**

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: vítima de queda da própria altura, com trauma perna direita, apresentando ao Rx fratura da tíbia; precisa de avaliação e conduta com traumatologista

**Dr. J. BRASIL FERREIRA**  
 CRM 2300  
 CPF 043.972.942-34  
 GO. GO. CERAM

**CONTRA REFERÊNCIA**

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

**2 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: \_\_\_\_\_

**4 OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NÃO INTERNADO**

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