



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 060/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**,
Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará,
Republica Federativa do Brasil, no uso de suas
atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, 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 20/02/2021, 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, 19 de Fevereiro de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MUNICÍPIO DE SOURE
RUA JOSE ROBERTO
CEP: 06.970-000
Soure - Pa 4

1

DO: H. M. M. D

PARA: Hospital Maradei

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: União de Tânia Felice Dias MATRÍCULA: _____

IDADE: 64 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: 37 rua TV 25/26 a acachura ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Solicita tratamento especializado com biomatéria

CID - 512.0
P. cod - 04020310-0

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM-2300
CPF 043.612.942-34
Médico Pêlo

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____