



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 070/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LOIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, 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 os dias 25/02/2021, 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, 25 de Fevereiro de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS

TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS

CPF: 020.923.662-03

Tabela 13000



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 1
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua 87Nº
CEP: 68.073-000
Soure - Pa - A

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Maria Neli Barroso Barbosa MATRÍCULA: _____
IDADE: 75 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: Paraná
RESIDÊNCIA: 7ª rua TV 5/6 Bl novo ZONA: URB.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente Apresente a 3 dias
episcólicas de sangramento anal Hemat
no manuseio ep/quadra de /gestão
Encarb. GASTRO

CONTRA REFERÊNCIA
Dr. J. M. D. [Assinatura]
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA
3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSC.
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E S.
PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÕES: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____