



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.º080/2021

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município 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. **SILVIA MARIA VIEIRA CARDOSO**, na função de Enfermeira, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado 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 02/03/2021, 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, 02 de Março de 2021.

ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

SILVIA MARIA VIEIRA CARDOSO
CPF: 747.307.382-68



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 62 Rua 86Nº
CEP: 68.370-000
Soure - PA

1

DO: H. H. M. D

PARA: Hospital Municipal

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Estelita Siabra Marques MATRÍCULA: _____

IDADE: 72. SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: Pensionista NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: 59 Rua TV 03/08 São Pedro ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Idosa ingressa apresentando queda de
Perna direita com trauma na perna esquerda de
to esc + edema + deformidade; ao Rx fratura
de tíbia, solicita amputação e comite
a ateleite

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. João Roberto
Médico
CRM-PA 11432

1

DO: CID -> S72.0

PARA: Proced -> 040805048 - 7

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

