



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.º116/2021**

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. **ANA MARIA DOS SANTOS ALCANTARA**, 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 31/03/2021, 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, 31 de Março de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

  
**ANA MARIA DOS SANTOS ALCANTARA**  
CPF: 626.870.182-87

Adalberto / Carmélia



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

..133.863/00015  
OSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa - A

1

DO: H.M.M.D

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO Dantas

NOME: Maria da Consolacao Paixão MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 75 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

2

Ocupação: Aposentada NATURAL: Paraense

RESIDÊNCIA: 5ª rua TV 718 São Pedro ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

*Enaiah Paemel...*

Dr. Jim R. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

2

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA.....

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

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

4