



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 120/2021

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em exercício, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **CARMELIA RAMOS DE OLIVEIRA**, 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 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:



CARMELIA RAMOS DE OLIVEIRA
CPF: 715.803.102-06

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: 68.879-000
Soure - Pa - A

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

2 IDENTIFICAÇÃO Dantas
NOME: Maria da Consolacao Pinheiro MATRÍCULA: _____
IDADE: 75 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: Paraense
RESIDÊNCIA: 5ª rua TV 718 São Pedro ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

Enaiah Praxedes

CONTRA REFERÊNCIA

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

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ 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: _____
