



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 127/2021

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. **BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES**, 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 para COVID-19, na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cento reais) para o dia 07/04/2021, 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, 07 de Abril de 2021


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício


BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES
CPF: 538.527.532-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.805/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1

DO: Hospital Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Artilson Batista Almeida MATRÍCULA:

IDADE: 46 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL:

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 8ª Rua entre 7v 11/12 B. Centro FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta dor maliciosa da na região do Tórax esquerda de onde veio com pneumonia.

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM-2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Cirúrgico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA:.....
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

2

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

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: