



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.º161/2021

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, no uso de suas atribuições legais,

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 23/04/2021, 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, 23 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



1 DO: EST. LAURINDO ROVO
PARA: 330 Rua

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Juraci de S. Maciel MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: especialidade NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: X. 100 R. 100 716/7 ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: paciente com sintomas de
insuficiência cardíaca, encaminhado
para atendimento no Hospital
Especialidade

Enceph. Clínica Médica
Acad. Grupo Dr. Jan R. Espinoza H.

CONTRA REFERÊNCIA

Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

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: _____

4 OBSERVAÇÕES: _____ NÃO INTERNADO: _____
MOTIVO: _____