



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.º205/2021

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

CONSIDERANDO:A necessidade do Sr. **ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**, na função de motorista, 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 para COVID-19 na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para os dias 06/05/2021, 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, 06 de Maio de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal de Soure em exercício

Ciente:



ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34

Janior e Leide 06/05/21

VIAGEM



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

OSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 8ª RUA 51 Nº
CEP: 68.879-000
Soure - PA

1

DO: HUS Menino Deus
PARA: Hosp. Beneditente Portuguesa

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Edna da Silva Valle MATRÍCULA: _____
IDADE: 78 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Soure FONE: _____

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente necessita de transferência para hospital particular, após sequelas de AVC

CONTRA REFERÊNCIA

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

1

DO: _____
PARA: _____

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE NA UNIDADE DE ORIGEM
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
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: _____
