



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 282/2021

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 do Sr. **ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, 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 na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 31/05/2021, 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, 31 de Maio de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal de Soure em exercício

Ciente:



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00

Antônio / Rita 31.05



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



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

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: _____ IDENTIFICAÇÃO _____

2 NOME: Romêla Adriana Gomes Maia MATRÍCULA: _____
IDADE: 40 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Gerente - Pato Contabiliz. NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 6ª Rua entre 23/24 B. Madalena FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Prévio acidente de
trânsito apresenta múltiplas
fraturas de fêmur
e
Encaminhado ortopedista -
traumatologista

CONTRA REFERÊNCIA

[Signature]
Dr. Jânio Espinoza Jr.
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____ IDENTIFICAÇÃO _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

2 NOME: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESIDÊNCIA: _____ PARENTESCO: _____
RESPONSÁVEL: _____ FONE: _____
ENDEREÇO: _____

3 DATA:/...../..... HORA: ENTRADA
RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINA
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

MOTIVO: NÃO INTERNADO