



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 330/2021**

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 21/06/2021, 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, 21 de Junho de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

  
\_\_\_\_\_  
**ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**  
CPF: 397.982.402-00

Antônio

21/06/21

**REFERÊNCIA Nº**  
 0.133.863/00015  
**HOSPITAL MUNICIPAL**  
**"MENINO DEUS"**  
 End.: 8ª Rua S/Nº  
 CEP: 68.870-000  
 Soure - PA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**



**1** DO: Hospital Municipal Menino Deus  
 PARA: \_\_\_\_\_

**2** IDENTIFICAÇÃO

NOME: Lucas Vinicius Quaresma MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3** MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Menor apresenta fratura da diáfise da tíbia direita, necessita de tratamento de Traumatologista

*Vicente Borges Filho*  
 Médico Ortopedista

**CONTRA REFERÊNCIA**

**1** DO: \_\_\_\_\_  
 PARA: \_\_\_\_\_

**2** IDENTIFICAÇÃO

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

**3** ENTRADA

DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA: .....

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMI-CONSCIENTE  DESACOMPANHADO  MORTO-SINTOMAS E SINAIS

INCONSCIENTE  CARREGADO  CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

**4** OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NÃO INTERNADO**

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_