



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 408/2021

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município 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 05/08/2021, 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.

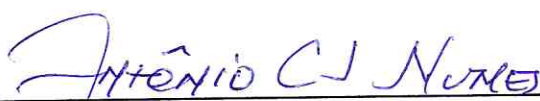
Art.º 3.º- Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure
Em, 05 de Agosto de 2021.

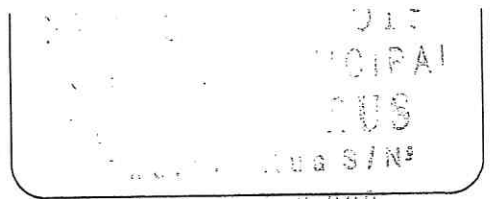


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



1

DO: H.M.M.D

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Antonio dos Santos MATRÍCULA: _____

IDADE: 86 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Paraense

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: Tv 30 entre 419 ruas S. Pedro FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresentando dor

pre-cordial, OBESIDADE
edema / mmll TUBERCULOSE
e Cardiomegalia!

Encaminh. CARDIOLOGISTA

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico
CRM-PA 11452

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

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

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ 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: _____