



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 412/2021

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, 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 para levar a ambulância pra manutenção na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (três) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o período de 06/08/2021, 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, 06 de Agosto de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34

Rita Antonia 06/08/2001



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
END.: CAROLINA
CEP: 68.970-000
Soure - Pa

1 DO: H.M.M.D
PARA: Hospital Abelardo Santos

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Raimundo Miranda Amara MATRÍCULA: _____
IDADE: 80 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 9ª rua tv 6 motinha FONE: 980589952

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com
urólogo
Dr. R. Rebelo

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim K. Espinoza Jr.
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: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4 _____ MOTIVO: _____