



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.º492.2/2021**

O Sr **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal em exercício, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **CRISTIAN RANIERI ROCHA MORAES**, na função de Enfermeiro, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, para participar da Reunião de Telemedicina, na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

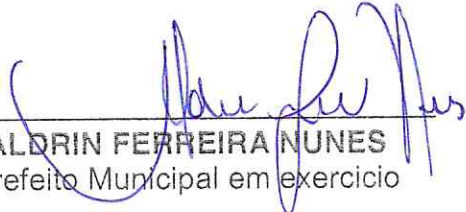
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 11/09/2021, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

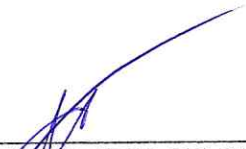
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 11 de Setembro de 2021.

  
ALDRIN FERREIRA NUNES  
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

  
CRISTIAN RANIERI ROCHA MORAES  
CPF: 012.664.842-56

Ronaldo Christian

15/09/2021

492 J. 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

15/09/2021  
RUA S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

1

DO: H.N.M.D

PARA: Hospital Santa

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Ana Carolina Nascimento Costa MATRÍCULA:

IDADE: 15 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: Estudante NATURAL: Paraense

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: R.ª rua 70º 19100 unizal FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado para Obstetra; Prêmatura de 32 semanas, com de abtemnal + plúvia intensa + edema membros inferiores + cefalia.

Atendimento em ambulância  
Cirurgião  
Receita  
[Signature]

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA:

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM

RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: