



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.º501.1/2021

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. **Noel Pereira Da Silva Junior**, na função de Motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, para empreender viagem do hospital para a Capital do Estado.
RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 13/09/2021, 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, 13 de Setembro de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



Noel Pereira Da Silva Junior
CPF: 534.833.232.49

11/06/17 João 13/09/2021

3211



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
13.142.78-0001

1 DO: H.M.M.D
PARA: Hospital Santa Casa Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Taiara Vasconcelos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 8ª rua - V 8 e 9 matonha FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: tratamento especializado com destinaçãõ Primária de 34 semanas, com pré-eclâmpsia, crise hipertensiva (160/120) + cefaleia + anasarca

~~Dr. Eduardo F. Herrera Barros
Cirurgião
RR: 78498~~

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA
3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

<input type="checkbox"/> ANDANDO NORMAL	<input type="checkbox"/> ANDANDO APOIADO	<input type="checkbox"/> CARREGADO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> MORTO-SINTOMAS E SINAIS	

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
