



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.º501.2/2021

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. **Jean Pablo Silva Menezes**, na função de Enfermeiro, 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:



Jean Pablo Silva Menezes
CPF: 035.698.772.80

quint / João 13/09/2021

5211



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
05.142.053.0001

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

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Taiana Vasconcelos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 8ª rua - v 829 matinha FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com destinaçã
primária de 34 semanas, com pré-eclâmpsia, crise hiper
tensiva (260/120) + cefalia + anasarca

~~Dr. Eduardo F. Herrera Barros
Cirurgião
RR: 3895~~

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
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: _____

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
