



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.545/2021

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor ALDRIN FERREIRA NUNES, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 05/10/2021, 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.

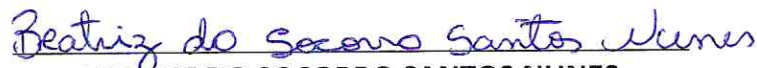
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 05 de Outubro de 2021



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício



BEATRIZ DO SOCORRO SANTOS NUNES
CPF: 538.527.532-87

antonio Beatriz 05/10/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: S. U. M. D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Antonio Beatriz MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Rua 170, 310 - Vila Municipal FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: longe da cidade - 1000 km
10/10/2021 - 14:23 - 1 - 14/10/2021
Gratuito

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. A. Barbosa Jr.
Médico - Clínica PMS
Cristina de Sá

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(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 _____
MOTIVO: NÃO INTERNADO
