



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.º568/2021**

O Sr CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA, Prefeito Municipal de Soure, 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 13/10/2021, 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, 13 de Outubro de 2021.

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal

Ciente:

**Noel Pereira Da Silva Junior**  
CPF: 534.633.232.49

Kita e Nail



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

01/10/2012  
01/10/2012  
01/10/2012

1

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Donaldo Nascimento dos Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 12 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: Estudante NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: 4ª Rua TV Orlas B. Woods ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: Francelma Nascimento dos Santos PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Guarano FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

Insuplicação de RUV (?)

Dr. Haroldo Lima  
Médico  
CRM/PA: 2786

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_