



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.º586/2021

O Sr ALDRIN FERREIRA NUNES, Prefeito Municipal de Soure 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 19/10/2021, 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, 19 de Outubro de 2021.

ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

Noel Pereira Da Silva Junior
CPF: 534.633.232.49



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.853/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa. ª

1

DO: _____

PARA: _____

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Pracimunda Silva de Oliveira MATRÍCULA: _____
 IDADE: 83 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: solteira
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 102 Rua 90.05 Bin Joo ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

Avaliação com especialista
Otorrinolaringologista.

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO, RUAS E BARRIOS OU LOCALIDADE) NA UNIDADE DE ORIGEM
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

ENTRADA

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: _____

