



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.º 001/2022

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município 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. **ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 03/03/2022, 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, 03 de Janeiro de 2022.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: H.M.M.D
PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Reinalda Belfort Martins MATRÍCULA:
IDADE: 59 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: Pescadora NATURAL: Paraense
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: Tv 09 Tv 5 9/30 Matinha FONE:

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: **Pront. / Exames de**
Interação em To de pulm
de neoplasia de
Encam. Pneumologia

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H
Médico - Diretor Clínico
ORM-PA: 11452

1

DO:
PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO
NOME:
IDADE: SEXO MASC. FEM. MATRÍCULA:
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
RESPONSÁVEL: ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: PARENTESCO:
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: