



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.047/2022

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. **CARLOS ANDRÉ LIMA ABREU**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhado do Hospital Municipal "Menino Deus", em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 02/02/2022, 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, 02 de Fevereiro de 2022.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



CARLOS ANDRÉ LIMA ABREU
CPF: 638.242.642-34

Kila / Andre



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº: 133.868/001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: H.M.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Renata Dias Monteiro MATRÍCULA:

IDADE: 32 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: 1

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 34ª rua TV 20121 Pacoval FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Tercigesta 39sanz Id.
Ingressa a ± 2 horas p/ avaliação
Sinerobiologia. Após avaliação apresenta
ausência de BCF / pela USG.
Enamh. OBSTETRICIA

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

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

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

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: