



**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.064/2022***

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 14/02/2022, 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, 14 de Fevereiro de 2022.

**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

**CARLOS ANDRÉ LIMA ABREU**  
CPF: 638.242.642-34



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 1:  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 82 Rua S/Nº  
CEP: 88.870-000  
Soure - Pa /

1

DO: Residência

PARA: Hospital

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Margarida Joana B. Craveiro MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 15 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

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

RESIDÊNCIA: dos Pais ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: Leila Lorena Barbosa PARENTESCO: Mãe

ENDEREÇO: TV 8, entre 3ª e 4ª ruas, B. Nova FONE: 983727191

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com fratura no pé. Segue em ambulância pois entrada no hospital no é permitida em ambulância.

CONTRA REFERÊNCIA

*Dr. Dinário Pereira Sotímio*  
CRM/PA 3393  
CPF: 088.899.532-68  
Diretor Clínico Hospital Municipal

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

NÃO INTERNADO

4

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_