



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 340/2022

O Sr. **JORGE PEIXOTO RAMOS**, 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 29/06/2022, 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, 29 de Junho de 2022.

JORGE PEIXOTO RAMOS
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.N.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Elaine Silva Soares Silva MATRÍCULA:

IDADE: 52 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL: ZONA: URB. RU

RESIDÊNCIA: Soure PARENTESCO:

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: Soure TV 33124 Macaxeiras FONE:

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apurante a # 3000
Nenhuma, dar tambor direito e petisco
segundo de noções, comitee de Saude
e mal estar geral, Rotave 2do
Episodio de dar tambor
Encaixi UROLOGISTA

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J.M. F. ...
Diretor Clínico
CRM PA: 11452
CPT: 32.542.812-72

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: ZONA: URB. RU

RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE PARENTESCO:

RESPONSÁVEL: 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

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: