



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 079/2021**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**, 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 os dias 02/03/2021, 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, 02 de Março de 2021.



---

**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



---

**ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**  
CPF: 381.488.032-34



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 11  
12/05/2008  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO PÚBLICO  
DE SAÚDE

1

DO: Município de Soure - SP  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Paulo Roberto de M. ... MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 62 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Rua ... sem número ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado em ...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_