



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 148/2019

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. **EDINALDO MATOS FIGUEIREDO**, 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 12/04/2019, 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, 12 de abril de 2019.

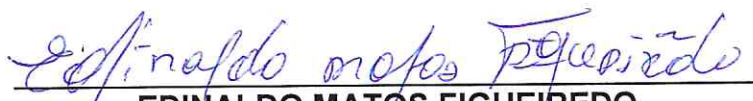


JORGE PEIXOTO RAMOS
Prefeito em exercício

RECIBO

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondente a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 12 de abril de 2019.



EDINALDO MATOS FIGUEIREDO
CPF: 487.135.892-53

Regulados, Autorizados

05.733.853/000151



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



SANITÁRIA MUNICIPAL PA
SENHINO DEUS
END. SERUGSINA

CEP: 68.870-008
Soure - Pará

1 DO: H.M.M.D.
PARA: Hospital Metropolitano L. E. Comalês

IDENTIFICAÇÃO
NOME: [Handwritten] MATRÍCULA: _____
IDADE: 33 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: [Handwritten]
2 RESIDÊNCIA: Al. Paulo Werneck, sh ZONA: URB. RUR.
RESP. SAUVE: [Handwritten] PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: [Handwritten]

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
2 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
ENTRADA
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____