



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 154/2019

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 15/04/2019, 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, 15 de abril de 2019.

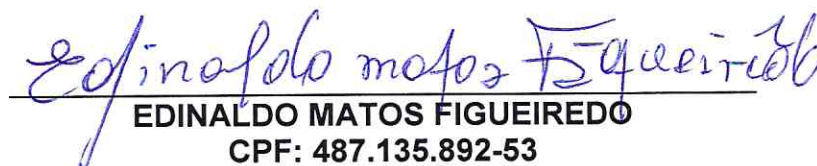


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito em exercício

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, 15 de abril de 2019.



EDINALDO MATOS FIGUEIREDO
CPF: 487.135.892-53



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: Hospital Municipal de Soure
PARA: Hospital Municipal de Belém

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Gregorio da Silva Bastos MATRÍCULA: _____
 IDADE: 74 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: _____
 2 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: Wilson Ramos Bastos PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: 1ª Rua Jardim Sabotera FONE: 99367-6470
 280-99294-990

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: TR. especializado

Dr. J. Brasil Ferreira
 CBM - 2300
 CPF: 043.672.842-34
 Médico Peito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 2 RESIDÊNCIA: _____ 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: _____

4 OBSERVAÇÃO: _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____