



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 023/2018

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade do Sr. **NOEL PEREIRA DA SILVA JUNIOR**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar paciente encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

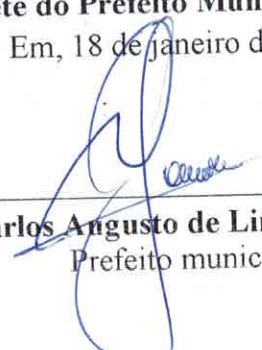
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor total de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 18/01/2018, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 18 de janeiro de 2018.

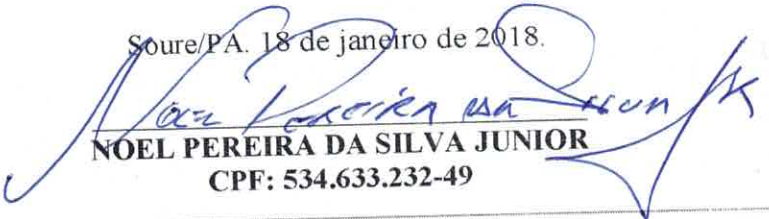


Carlos Augusto de Lima Gouvêa
Prefeito municipal

RECIBO

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

Soure/PA. 18 de janeiro de 2018.



NOEL PEREIRA DA SILVA JUNIOR
CPF: 534.633.232-49



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: Hospital St. Hieronymo Deus
PARA: Pronto Socorro Municipal

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Mauro dos Santos Fernandes MATRÍCULA:
IDADE: 35 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: Vendedor NATURAL: Soure - PA
RESIDÊNCIA: R. Keno V. 213 B. Nova ZONA: URB RUR
RESPONSÁVEL: Jozeas PARENTESCO: Genhado
ENDEREÇO: O Cesario FONE: 325 7459

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

Encaminh Ortopedista

Dr. Jim R. Espinoza H.
Diretor Clínico
CRM PA: 11462
CPF: 529.649.312-72

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE ORIGEM
IDADE: _____ SEXO MASC.: FEM. ESTADO CIVIL _____ OCUPAÇÃO: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

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

4

OBSERVAÇÃO

05.133.667/00015
HOSP. NÃO INTERNADO
MOTIVO: M
SINAIS
SOURÉ - Para