



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 137/2018

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito em exercício do Município de Soure, Estado do Pará, República 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 26/03/2018, 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, 26 de março de 2018.

Aldrin Ferreira Nunes
Prefeito em exercício

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, 26 de março de 2018.

NOEL PEREIRA DA SILVA JUNIOR
CPF: 534.635.232-49



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.133.863/000150
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1

DO: H.M.M.D.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure - PA

2

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

3

Dei abandono - FID / Higienização
Circuito Avulso - Tímico - PD

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza N.
Diretor Clínico - CRM/PA 11452
CPF: 525.644.812-72

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO MASC.: FEM. ESTADO CIVIL _____ OCUPAÇÃO: _____

2

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

DATA: ____/____/____ HORA: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4

05.133.863/000150
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____