



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 178/2019

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, 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 30/04/2019, 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, 30 de abril de 2019.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

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

Soure/PA, 30 de abril de 2019.

EDINALDO MATOS FIGUEIREDO
CPF: 487.435.803-52



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº _____

1
DO: _____
PARA: _____

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

3
MOTIVO: _____
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente com doença hipertensiva de difícil control associado a taquicardia supraventricular. Encaminhado para avaliação pela Cardiologia. Observação: mudança de medicação específica (amiodarona-adevonic).

CONTRA REFERÊNCIA

1
DO: _____
PARA: _____

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

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

4
OBSERVAÇÃO: _____
MOTIVO: _____