

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 182/2019

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. **ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, 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 02/05/2019, 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, 02 de maio 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) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 02 de maio de 2019.



ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO:

PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Orlando Feto de Castro MATRÍCULA:

IDADE: 84 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL:

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente idoso, hipertenso, com quadros de ag. torção prismática e demência senil sem foco infeccioso. encaminhado para avaliação e conduta pela Psiquiatria

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA

IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Ocupação: NA LOCALIDADE DE URBEM

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3

DATA: / / HORA: ENTRADA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

4

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: