



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 184/2019

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. **ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**, 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.



ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

863/000150

HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 68.670-000

Soure - Pará

MATRÍCULA:

1

DO: H. m. m. d.

PARA: H. p. s. m.

NOME: Joelma Gavinho Teodoro IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 29 SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA: Tv 29 entre 5/6: Centro NATURAL: Soure - Pa

RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____

FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação pl Neurologista

3

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

NOME: _____ IDENTIFICAÇÃO

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL _____ MATRÍCULA _____ NA UNIDADE DE ORIENT.

2

RESIDÊNCIA: _____ OCUPAÇÃO: _____

RESPONSÁVEL: _____ (MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) (LOCALIDADE) ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____

FONE: _____

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

3

ANDANDO NORMAL

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

SEMI-CONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____