



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 228/2019**

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 29/05/2019, 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, 29 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, 29 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 03700155  
MUNICIPAL  
END.: BR 030  
CEP: 86.870-000  
Soure - Paraná

1 Internado DO: H. M. M. D  
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Jaime Dara Souza Gonçalves MATRÍCULA:  
IDADE: 9 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: menor NATURAL:  
RESIDÊNCIA: 8ª rua 7004 municipal ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: RN. de parto normal no 8 dia apresenta marcada dificuldade respiratória e perda do reflexo succinuar Encaminhado centro de maior complexidade para avaliação e conduta em Pediatria.

CONTRA REFERÊNCIA

1 Internado DO: CID -  
PARA: Proced -

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MATRÍCULA:  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:  
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  
 SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÃO: NÃO INTERNADO  
MOTIVO: