



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 246/2019**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica 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 05/06/2019, 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.

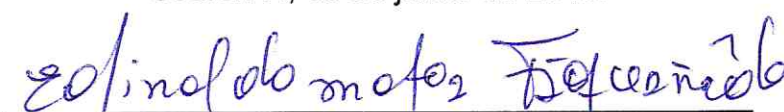
**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**  
Em, 05 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 05 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**EDINALDO MATOS FIGUEIREDO**  
CPF: 487.425.800-52



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

33.863/00015

HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua STNº

CEP: 68.870-000

Soure - Pará

MATRÍCULA:

1

DO: H907

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Leonora Nunes Feltra

IDADE: 72 SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL:

2

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 3ª Av. FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

3

Pacete que apresenta Hipertensão Arterial  
em tratamento, porém, perde o controle, gerando  
episódios de vômito e náusea;  
se apresenta qualq. caso pelo Corab. G. S. H.

Se encaminha a Sob. Med. do Pacete.

**CONTRA REFERÊNCIA**

Dr. Pedro Flores Berruy  
Médico  
CRM 12888 PA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:

2

RESIDÊNCIA: ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: (MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) CULOCALIDADE PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

DATA: / / HORA ENTRADA 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:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO