



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 295/2019

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 25/06/2019, 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, 25 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) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 25 de junho 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: Hospital M. SURE
PARA: Hospital Auto Atend - UEMIRAP

02/10/2016
SOURE

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Sotero da Conceição MATRÍCULA:

IDADE: 65 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL: Soure

2

RESIDÊNCIA: 10- Rua Santa Rosa 25/26 ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Realização de exames de sangue
e urina - em clínica prof.

3

São Antonio Almeida da Cruz
CRM 27302/PA
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA

IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:

2

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3

DATA: / / HORA: ENTRADA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO