



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 297/2019

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 26/06/2019, 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, 26 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, 26 de junho de 2019.



EDINALDO MATOS FIGUEIREDO
CPF: 487.425.802-52



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: Hospital Municipal de Soure
PARA:

5.133.000
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: Rua
CEP: 58.870-000
Soure - Paraíba

2

NOME: MATEUS VITOR IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA: _____
IDADE: 06 A SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure - P.B.
RESIDÊNCIA: Tv 7 entre 819. B1 novo ZONA: URB RUR.
RESPONSÁVEL: Rosivaldo Marcel Silva PARENTESCO: Pai
ENDEREÇO: _____ FONE: 9

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: breve e o tempo de espera
MOTIVO
Dr. João Antonio Miranda da Cruz
CRM 220174
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:
PARA:

2

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 ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO