



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 339/2019

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 03/06/2019, 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, 03 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, 03 de junho de 2019.

EDINALDO MATOS FIGUEIREDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/000151
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"

1

DO: H507

PARA:

End.: 8ª Rua 87Nº

CEP: 68.870-000

Ruote - Pató

MATRÍCULA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Leonor Nunes Felner

IDADE: 72 SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL:

2

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 3ª Rua FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

Pacete que apresenta Hipertensão Arterial em tratamento, porém de controle, que apresenta sintomas x 2 pacotes.

Se segue qualibet pelo Carabogus li.

Se encaminha a solicitação do Pacete.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Pedro T. Lopes Batista
Médico
CRM 12588 PA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

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 SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: