



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 362/2019**

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em exercício, 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 06/08/2019, 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, 06 de agosto de 2019.

**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**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, 06 de agosto 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  
863/00015  
MUNICIPAL  
MUNICÍPIO DE SOURE

82 Rua Sina  
CEP: 68.370-000  
Soure - Pará

1

DO: H.M.M.D  
PARA: Metropolitano

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Edinaldo Gonçalves Monteiro MATRÍCULA:  
IDADE: 50 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: Pintor NATURAL: Soure - PA  
RESIDÊNCIA: 6ª rua TV 617 São Pedro ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: <sup>MOTIVO</sup> Indicação dos pais de  
Trabalho em Nucleo P  
Dr. Antonio Alfredo de Jesus  
CRM 27851/PA  
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORÇ.  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:  
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO, RUA Nº, BAIRRO) OU LOCALIDADE 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:

4

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: