



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 485/2019

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. **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 04/10/2019, 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, 04 de outubro 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, 04 de outubro 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
33.863/000157
HOSPITAL MUNICIPAL
SANTO DEUS
END.: 62 RUA 91Nº
CEP: 68.870-000
SOURE - PA

DO: H.M.M.D
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Maria Neli Barbosa Barbosa MATRÍCULA: _____

IDADE: 74 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure - PA

RESIDÊNCIA: 9ª rua tv 5/6 B/novo ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Amizade do tempo e
curiosidade

MOTIVO: _____

Dr. João Antonio Miranda do Livramento
CRM-2738/PA
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE ORIGEM

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

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

INCONSCIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO: _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____