



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 490/2019

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 08/10/2019, 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, 08 de outubro 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, 08 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

3.133.863700015
HOSPITAL MUNICIPAL
Rua 21 No
Soure - PA
Tel: 88.870-000

1 **DO:** H.M.M.D
PARA: Hospital Santa Casa misericórdia

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Maria Aparecida Dias Severino MATRÍCULA:
IDADE: 34 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: NATURAL: Soure - PA
2 RESIDÊNCIA: TV 14 umuzal 15º rua fundos ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Ana Patrícia Santos Palheto PARENTESCO: cunhada
ENDEREÇO: FONE: 984389458

MOTIVO
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Gestante com 39 semanas apresentando mioma + gravidez alto-risco, precisa de avaliação e conduta com obstetra.

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM 2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Perito

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
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
 INCONSCIENTE CARREGADO CONSCIENTE
 ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

4 **OBSERVAÇÃO:**
NÃO INTERNADO
MOTIVO: