



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 498/2019

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 14/10/2019, 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, 14 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, 14 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



REFERÊNCIAS:
38.863/00010
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1

DO: *4 M de 12 anos*

PARA: *Pronto Socorro 14*

IDENTIFICAÇÃO

NOME: *Ilmo dos Anjos Souza* MATRÍCULA: _____

IDADE: *34* SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____ NATURAL: *Brasil*

2

RESIDÊNCIA: *Soure* ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: *TV 17 - contra 4/7 av. União* FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Fratura de Útula e 1º Costela direita

3

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

CONTRA REFERÊNCIA

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: _____

ENTRADA

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

