



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 501/2019

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 16/10/2019, 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, 16 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, 16 de outubro de 2019.

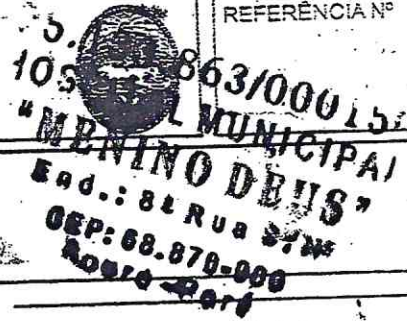


ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº



1 DO: H. M. M. D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Waldemir Francisco Reis Lopes

MATRÍCULA:

IDADE: 31 SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

NATURAL:

RESIDÊNCIA:

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO

Dr. J. Brasil Ferreira
Ortopedista

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

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: MATRÍCULA

NA UNIDADE DE ORISEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR.

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

3 DATA: / / HORA 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: