



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 306/2019

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, 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 01/07/2019, 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, 01 de julho de 2019.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

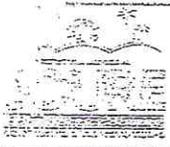
RECIBO

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, 01 de julho de 2019.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00

Luzia Nery



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
MUNICIPAL Nº
NINHO DEUS

DO: H.N.M.D.

DEP: 68.870-000
Soure - Pará

PARA: Santa Casa Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Wenderson Santos Felix MATRÍCULA: _____
 IDADE: 28 SEXO: MASC FEM ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: Soure
 RESIDÊNCIA: Quil. +V 19 entre 9/10 Uniaral ZONA: URB RUR
 RESPONSÁVEL: Patricia do Socorro Silva no Santos PARENTESCO: mae
 ENDEREÇO: _____ FONE: 98465166

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Gravida I de 36 semanas apresenta dor tipo
cintura e costas com frequência, com alguns
vômitos, pelo qual em 12/05 foi internada
para de avaliação pelo Ginecologista

CONTRA REFERÊNCIA

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO: MASC FEM ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

DATA: _____ HORA: _____ ENTRADA: _____
RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 VINDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE CARREGADO CONSCIENTE
 PRESENTES AO CHEGAR: _____ MORTO - SI FOMAS E SI MAS

OBSERVAÇÃO

ARGO INTERNADO

MOTIVO: _____