



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 316/2019

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município de Soure em exercício, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade do Sr. **NOEL PEREIRA DA SILVA JUNIOR**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar 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 total de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 05/07/2019, 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, 05 de julho de 2019.

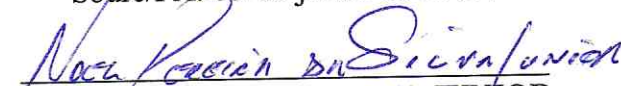


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Município em exercício

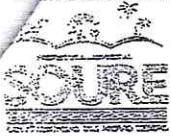
RECIBO

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, 05 de julho de 2019.



NOEL PEREIRA DA SILVA JUNIOR



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

863/000150

DO: HIMMU

PARA: St. Casa

HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
Estr. 181 RUA SIN

NOME: Silvane dos Santos Nascimento IDENTIFICAÇÃO CEP: 68.870-000
SOBRE-PARÉ

IDADE: 27 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: Soure NATURAL: Soure-Pa.

RESIDÊNCIA: R. 19 entre 12 e 13: Univerzal. ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: Uminga FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
Paciente com 19 Semanas apresentando
Síndrome de Down, em estado de hipotermia
atendendo a solicitação de 2 exames
SS de base para o mesmo

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA _____

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 ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____