



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 322/2019**

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. **EDINALDO MATOS FIGUEIREDO**, 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 10/07/2019, 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, 10 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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 10 de julho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**EDINALDO MATOS FIGUEIREDO**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA

10  
REFERÊNCIA Nº  
MUNICIPAL

1004

DO: H. M. M. D.

PARA: Hosp. Pronto Socorro

END.: 82 Rua Bina  
CEP: 60.970-000  
Soure - Pará

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Lucas Gabriel Ferreira de Souza MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 13 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro  
 OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure  
 RESIDÊNCIA: 3ª rua TV 718 B/novo ZONA:  URB.  RUR.  
 RESPONSÁVEL: Hellen Almeida Assis Ferreira de Souza PARENTESCO: mãe  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: 98947468

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Análise e conduta com Traumatologia

BRASIL FERREIRA  
CRM 2300  
F 045.672.942-34  
CIR. GERAL

CONTRA REFERÊNCIA

1004

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

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

1004

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
 CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
 INCONSCIENTE  CONSCIENTE  
 ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  CARREGADO

1004

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO  
 MOTIVO: \_\_\_\_\_