



**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 586/2019***

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 06/12/2019, 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, 06 de dezembro 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, 06 de dezembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**  
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA

5.133.863/000157



HOSPITAL MUNICIPAL  
REFERENCIA Nº:  
NINO DEUS  
End.: BR RUA SINA  
FONE: 00.970.100

Soure - Paré

1

DO:

PARA:

*Ado de Naperi Neponcena*

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

IDADE:

*57*

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

NATURAL:

2

RESIDÊNCIA:

*5ª Rua Tran - 28/23*

*B. Usc A. ...*

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

*Man está com*

3

*Dr. J. Brasil Ferreira*  
CRM - 2300  
CPF: 043.872.942-34  
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.

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA:

HORA

RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: