



**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 605/2019***

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 23/12/2019, 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, 23 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, 23 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

35 123.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
RUA DE SÃO  
CEP: 69.370-000  
SOURE - PARÁ

DO: H.M.M.D

PARA: Santa Casa Macaxera

NOME: Dhaula Natalia Pereira da Silva

IDADE: 16 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NATURA: \_\_\_\_\_

Ocupação: DO lar RESIDÊNCIA: Al. 14 março Tv 31/32 macaxera

RESPONSÁVEL: Danielle do Socorro Pereira da Silva PARENTESCO: mãe

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Falta de Solução pl. atendimento do RN. Constante crise hipertensiva a p.p. com Cefaleia. I.C. 35.5 B USEX O uso de drogas não moderado (TAX 0.3)

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Noelio P. 20101  
CRM 1730

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  R.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE:  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

3  ANDANDO NORMAL  ANDANDO AFETADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

4 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_