



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 001/2020

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 02/01/2020, 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, 02 de janeiro de 2020.



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, 02 de janeiro de 2020.



ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REF: 363/00015
OSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
Rua: 8 - Rua Siqueira
SEP: 88.879-900
Soure - Pará

DO: H. M. M. D

PARA: *atendimento ambulatorial nos dias...*

1 NOME: João da Silva Figueredo IDENTIFICAÇÃO _____ MATRÍCULA _____

2 IDADE: 22 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ NATURAL: _____

OCUPAÇÃO: _____

3 RESIDÊNCIA: TV 15 entre 718 ruas univagal PARENTESCO: _____

RESPONSÁVEL: _____ FONE: _____

ENDEREÇO: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com trauma
telegrafista *

[Handwritten signature]
CRM 2739/PA
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

RESIDÊNCIA: _____ ZIP: _____

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO

INCONSCIENTE SEMI-INSCIENTE MORTO

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

