



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 008/2020

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 08/01/2020, 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, 08 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, 08 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

REFERÊNCIA Nº 853700013
HOSPITAL MUNICIPAL
"MORRINO DIAS"
Rua S/Nº
CEP: 68.670-000
Soure - Pará

DO: H.M.M.D.
PARA: Hospital Porto Dias

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Ivon da Costa Coelho MATRÍCULA:
IDADE: 58 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: motociclista NATURAL: Belo Horizonte
RESIDÊNCIA: Parada Anana (em transito) Belo Horizonte ZONA: URB. R.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO
ENCAMINHAMENTO: Solicito avaliação e tratamento com neurologista
Obrigado pelo atendimento
Dr. Bráulio Ferreira
CRM-PA 2300
0000
045 670-000

CONTRA REFERÊNCIA

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO
SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:
ZONA: URB. R.
PARENTESCO:
FONE:

ENTRADA
DATA: / / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO
MOTIVO: NÃO INTERNADO