



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 017/2020

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em exercício, 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 17/01/2020, 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, 17 de janeiro de 2020.




ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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, 17 de janeiro de 2020.



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL

1 DO: H.M.M. (Hospital Municipal)

PARA: Sub-hospital de blecos Caspar

NOME: Marcelo Souza Rodrigues IDENTIFICAÇÃO: 105 MATRÍCULA: _____

IDADE: 52 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure - PE

2 RESIDÊNCIA: Rua Mateus ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: 227 abogilac PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação e conduta com
cardiologista

3

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM - 2300
CPE - 043.672.942-34
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE ORDEM

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

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) (C/LOCALIDADE)

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO: _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____