



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 023/2020**

O Prefeito Municipal de Soure, senhor  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA  
GOUVEA**, no uso de suas atribuições  
legais,

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **RAFAEL UCHOA DA SILVA**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada 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 21/01/2020, 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, 21 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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 21 de janeiro de 2020.

**RAFAEL UCHOA DA SILVA**  
CPF: 010.063.962-33



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
3.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"  
End.: 82 RUA SIN  
CEP: 65.870-000  
Soure - PEI

1 DO: H.M.M-1  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Adair de Lemos Aguiar MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 62 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure - PE

2 RESIDÊNCIA: 9. Rua SV 1718 Unicezal ZONA:  URB.  RUR.

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: encaminhado para Consulta Médica

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM 2300  
CPF: 043.572.942-34  
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) (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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_