



**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.º107/2020***

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 02 (duas) diária no valor de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) para o dia 16 e 17/03/2020, 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, 16 de março 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\$ 120,00 (cento e vinte reais), correspondentes a 02 (duas) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 16 de março 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  
133.863/000.15  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 88 Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
SOURE - PARA

1 DO: H.M.M.D  
PARA: esta casa municipal

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Jeniffera Ferreira Barbosa MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 30 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: Rua Santa Helena 516 soure centro ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: IN ABT.  
alta medic

medicação 250mg 1x=0 6:50  
9:30

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

Gicely NUNES.  
Enfermagem

Jeniffera Ferreira Barbosa  
Paciente

Instruções: Preencha legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. São responsáveis pelas informações os médicos, os odontólogos ou outros profissionais de nível superior / médio e os diretores das unidades convenientes ou contratadas. A declaração falsa e / ou fraude sujeita os infratores às sanções dos Art. 171 e/ou 299 do Cód. Penal.

9:30h - PA 140x90 mmHg 10.

3 DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA:.....  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_