



**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.º116/2020***

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 19/03/2020, 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.

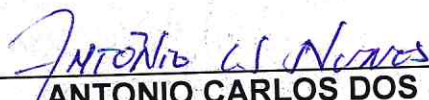
**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**  
Em, 19 de março de 2020.

  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 19 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

5.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

End.: 82 Rua Sina

CEP: 68.379-000

Soure - Pará

1

DO: H. m. m. D.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME

Shelene da Conceição

MATRÍCULA:

IDADE:

SEXO

☐ MASC.

☒ FEM.

ESTADO CIVIL:

NATURAL:

ZONA: ☒ URB. ☐ RUR

2

Ocupação:

RESIDÊNCIA:

RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

3

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM - 2300  
CPF: 043.672.842-34  
Médico FC

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO

☐ MASC.

☐ FEM.

ESTADO CIVIL:

RESIDÊNCIA:

(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ZONA: ☐ URB. ☐ RUR

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA: .....

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

☐ ACOMPANHADO

☐ DESACOMPANHADO

☐ ANDANDO NORMAL

☐ ANDANDO APOIADO

☐ CARREGADO

☐ CONSCIENT

☐ INCONSCIENTE

☐ SEMI-CONSCIENTE

☐ MORTO-SINTOMAS E SINA

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: