



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.º129/2020

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. **ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**, 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 06/04/2020, 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, 06 de abril 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, 06 de abril de 2020.



ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/00015
 HOSPITAL MUNICIPAL
 "MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 68.879-000

Soure - Pará

1

DO: H. m. m - D.

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Raimundo Nonato Lopes da Souza MATRÍCULA: _____
 IDADE: 62 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 7ª Rua JU 19120 Centro ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

2

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Para viagem para tratamento em Belém

3

Dr. J. Dantas Ferreira
 CRM - 2300
 CPF 043.672.942-54
 Médico Físico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE NA UNIDADE DE ORIGEM ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

2

ENTRADA

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ACOMPANHADO | <input type="checkbox"/> DESACOMPANHADO |
| <input type="checkbox"/> ANDANDO NORMAL | <input type="checkbox"/> ANDANDO APOIADO |
| <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE | <input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE |
| <input type="checkbox"/> CARREGADO | <input type="checkbox"/> CONSCIENTE |
| <input type="checkbox"/> MORTO-SINTOMAS E SINAIS | |

PRESENTES AO CHEGAR: _____

3

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____