



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.º141/2020

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 23/04/2020, 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, 23 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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 23 de abril de 2020.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENEZES"
End.: 81 - 1000
CEP: 88.370-000
Soure - Pará

1

DO: Hospital M. Soure
PARA: Hospital de Cuidados de Saúde

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Emelly Luz Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 24 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Secretaria Escolar NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: 4ª rua TV 32133 macaxera ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Alexandra Silva Luz PARENTESCO: mãe
ENDEREÇO: _____ FONE: 984209423

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Ampliados do útero da
obstetria

MOTIVO

Dr. Antonio Miranda da Cruz
CRM 27381PA
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

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

3

ENTRADA
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: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____