



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.º144/2020

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 27/04/2020, 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, 27 de abril de 2020.

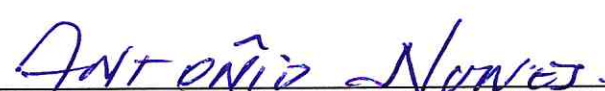


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 27 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 Nº

5.123.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
END. ...
CEP: ...

DO: H.M.M.D.
PARA: Unidade Ste Casa de Gestação

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Josiane Torres Sales MATRÍCULA: _____
 IDADE: 24 SEXO: MASC FEM ESTADO CIVIL: União Estável
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Sociedade
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Requerista no 7.º mês gestacional com perda de líquido ± 04 dias.

CONTRA REFERÊNCIA

[Handwritten signature]

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO OU LOCALIDADE)
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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
 SINTOMAS AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: