



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.º249/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito do Município de Soure em exercício, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: A necessidade do Sr. **ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 21/05/2021, 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, 21 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



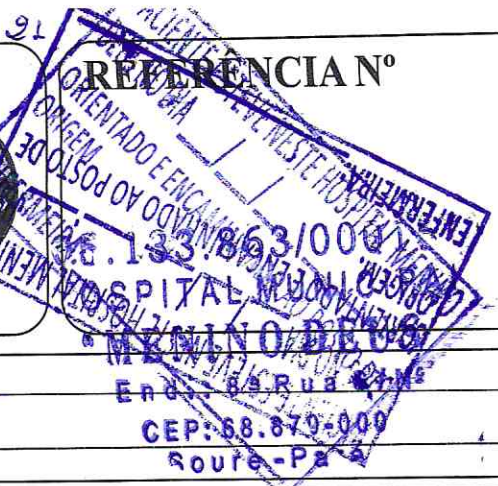
ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERENCIA Nº



1

DO: AM Alenino Deus
PARA: Abelardo Santos

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Francisco de sales Cavalcante MATRÍCULA: _____
IDADE: 62. SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

Caranh. Cirurgião

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico
CRM-PA 11452

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

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

ENTRADA

3

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"/> CARREGADO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> MORTO-SINTOMAS E SINAIS	

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____
