



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.º 619/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, 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 02/11/2021, 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, 02 de Novembro de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:

ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00

Antônio + Rula 02133 123.

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE REFERÊNCIA

05.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.879-000
Soure - PA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Wellian Silva Ribeiro MATRÍCULA: _____
IDADE: 24 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: Pedreiro NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 7ª Rua TU: 15116 Centro ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

Encamb. Clínica M

Dr. Jura R. Espinoza H
Médico - Diretor Clínico
CRM-PA: 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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

ENTRADA

3 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

4 _____

MOTIVO: _____
