



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 293/2022

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 17/06/2022, 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.

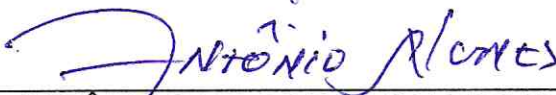
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure
Em, 20 de Junho de 2022.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.133.863/000
HOSPITAL MUNICIPAL
MEXILINO DEUS
RUA BRASILEIRA S/Nº
CEP: 68.879-000

1

DO: H. M. M. D
PARA: Santa Clara

2

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Davi Loucas Cruz de Deus SUS: 704.1051.1551.7078
IDADE: 2 A SEXO MASC. FEM. MATRÍCULA: _____
OCUPAÇÃO: menor ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: Soure NATURAL: Paraense
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: TU 16 entre 34/15 Umarizal PARENTESCO: _____
FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: 30775 DC PCS Ds
forças de um

Dr. Dinário Pereira Septímio
CRM: 3303
CPF: 668.829.532-66

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

2

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

3

ENTRADA
DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
PRESENTES AO CHEGAR: _____ SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____