



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 146/2019

O Sr. **JORGE PEIXOTO RAMOS**, 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 da Sra. **PAULA GABRIELE SANTOS PEIXOTO**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

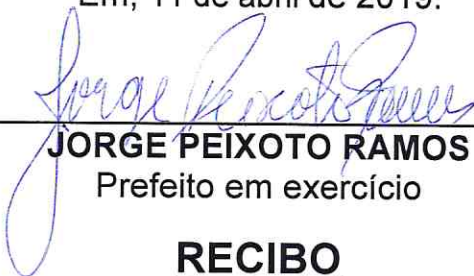
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 11/04/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 11 de abril de 2019.



JORGE PEIXOTO RAMOS
Prefeito em exercício

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, 11 de abril de 2019.



PAULA GABRIELE SANTOS PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65

autorizada P/Trauma 09:32hs



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1
DO: H.N.N.D
PARA: Pronto Socorro municipal

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Maria/Glória Souza Pontes MATRÍCULA:
IDADE: 58 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: (Pescadora Artesanal) NATURAL: Soure - PA
RESIDÊNCIA: 82 rua TV 07 B/Novo ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Eucleia Souza Pontes PARENTESCO: Subrinho
ENDEREÇO: o mesmo FONE: 984746212

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Trauma
MOTIVO
José Brasil Ferreira
CRM 2300
CPF 043.672.942.34

CONTRA REFERÊNCIA

4
DO:
PARA:

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

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

4 OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO
MOTIVO: