



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 149/2019

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. **GICELY ARAÚJO NUNES**, 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:

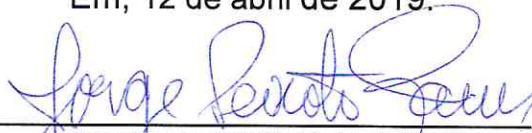
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 12/04/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 12 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, 12 de abril de 2019.



GICELY ARAÚJO NUNES
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



05 133 863/000150
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL METROPOLITANO L. E. COIMBRA
END. 133 RUA 9 / Nº

1
DO: N. M. M. D.
PARA: Hospital Metropolitano L. E. Coimbra
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Roberto J. Amaral MATRÍCULA: _____
IDADE: 23 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure
2 RESIDÊNCIA: Al. Paulo Renato, s/n ZONA: URB. RUR.
RESP. SÁVEL: Bom futuro PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: ...

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
2 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____