



**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 151/2019***

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **JORGE PEIXOTO RAMOS**, no  
uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO:** a necessidade da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, 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.

**do Prefeito Municipal de Soure**

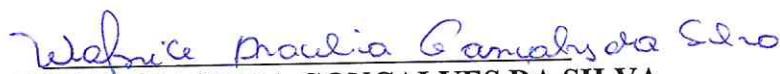
Em, 12 de abril de 2019.

  
**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.

  
**WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**  
CPF: 820.863.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1ª

DO: Hospital Municipal de Soure

PARA: Hospital Municipal de Petropolis Site

2ª

NOME: Zilmar Tautje IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA:

IDADE: 41 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL: Soure

RESIDÊNCIA: R. Ja - entre 8/9 - Ullizal ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3ª

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: TTV específico para  
C / Cardíaco

José Brasil Ferreira  
CRM 2300  
CPF 043.672.942.34

CONTRA REFERÊNCIA

1ª

DO:

PARA:

2ª

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:

RESIDÊNCIA: MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO/ LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3ª

DATA: / / HORA: ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

4ª

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: