



**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 155/2019**

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 15/04/2019, 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, 15 de abril de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
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, 15 de abril de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**GICELY ARAÚJO NUNES**  
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: Hospital Municipal de Soure  
PARA: Hospital Municipal de Belém

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Antonio Gregorio da Silva Bastos MATRÍCULA:  
IDADE: 74 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: Aposentado. NATURAL:  
2 RESIDÊNCIA: Zona:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: Wilson Ramos Bastos PARENTESCO:  
ENDEREÇO: 1ª Rua Jardim Cabutema FONE: 99367-69710  
99294-090

MOTIVO  
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: IN especifico  
Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM-2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:  
2 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  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO  
MOTIVO: