



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
 CNPJ: 05.133.863/0001-50
 2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

*Falta
 original
 empenhada*

PORTARIA N.º 052/2018

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade do Sr. **JOSÉ GERALDO BEZERRA FALCÃO**, na função de Técnico 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 total de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 03/02/2018, 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, 02 de fevereiro de 2018.

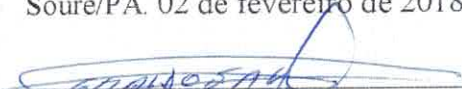


Carlos Augusto de Lima Gouvea
 Prefeito em exercício

RECIBO

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA. 02 de fevereiro de 2018.



JOSE GERALDO BEZERRA FALCÃO
 CPF: 118.372.412-87



1 DO: H. M. M. D
PARA: H. M. Pronto Socorro 1

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Carlando Martins Teixeira MATRÍCULA: _____
 IDADE: 77 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 6ª rua TV 5 B1 novo ZONA: URB RUR.
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: o mesmo. FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: M. Especializado
q/ Cir. Vasculares
 3 Cod.: 03.03.06.030/1
(#) 7830

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM-2360
CPF: 043.672.942-34
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE ORIGEM
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
 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: _____

