



**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 068/2018**

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal 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 19/02/2018, 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, 19 de fevereiro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 19 de fevereiro de 2018.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO:

PARA:

133.863/000150  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

End.: 82 Rua S/Nº

CEP: 133-870-000

MATRÍCULA  
Soure - Paraíba

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

IDADE:

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

NATURAL:

2

OCCUPAÇÃO:

RESIDÊNCIA:

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

Encaminhado Clínicamente

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.  
Médico  
CRM - A 11462

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA

IDADE:

SEXO

MASC.

FEM.

ESTADO CIVIL

OCCUPAÇÃO:

2

RESIDÊNCIA:

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA:

HORA

RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMI-CONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

4

133.863/000150

HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"

End.: 82 Rua S/Nº

NÃO INTERNADO

MOTIVO: