



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

PORTARIA Nº 183/2019

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 da Sra. **MARIA ELY SILVA LIMA**, 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 02/05/2019, 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, 02 de maio de 2019.




CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

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

Soure/PA. 02 de maio de 2019.



MARIA ELY SILVA LIMA
CPF: 262.825.342-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

863/000150

HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº

1

DO: H. m. m. d.

PARA: H. p. s. m.

CEP: 68.670-004

Soare - Pará
MATRÍCULA:

NOME: Joelene Gavinho Resende IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 29 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA: TV 29 entre 5/6º leito NATURAL: Soare - Pa

RESPONSÁVEL: ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO: PARENTESCO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação pl Neurologista

3

CONTRA REFERÊNCIA

4

DO:

PARA:

NOME: IDENTIFICAÇÃO

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

2

RESIDÊNCIA: Ocupação:

RESPONSÁVEL: MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO: LOCALIDADE ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO: PARENTESCO:

FONE:

DATA: / / HORA ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

3

- ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO OCNSCIENTE
 SEMI-CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO:

4