



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 203/2019

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 para tratamento na capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia a 14/05/2019, 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, 14 de maio de 2019.

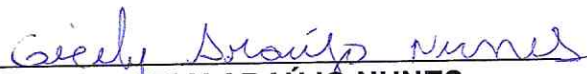


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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, 14 de maio de 2019.



GICELY ARAÚJO NUNES
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

75 133 863/00015
REFERENCIAM PA
NO DEUS
R. RUS S/NO

1 DO: H. m. m. d. PARA: Prima de Paulo

CEP: 68.870-38
Soure - Pará

2 IDENTIFICAÇÃO

NOME: Jaciro MATRÍCULA: _____

IDADE: 30 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: Polícia Militar NATURAL: BR

RESIDÊNCIA: 12. Rua SV 19/20 - Umarizal ZONA: URB.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tru e hospital pelo
CF 070 D10

Dr. J. BRASH FERREIRA
CPF 043.672.942-34
CRM 2300
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____ PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 DATA: ____/____/____ HORA: ____ ENTRADA: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

INCONSCIENTE CARREGADO CONSCIENTE

ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO: _____

MOTIVO: _____