



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 211/2019**

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. **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 17/05/2019, 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, 17 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), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 17 de maio 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: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteira

Ocupação: Estudante NATURAL: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: 15ª rua, bairro 7 e 8, Bairro Matinha ZONA: URB

RESPONSÁVEL: Maria Batista Silva PARENTESCO: mãe

ENDEREÇO: 13ª rua, Travessa 7 e 8, Bairro Matinha FONE: 99868

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: em observação

3

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM: 2900  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

3  ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSC

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS:

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO

4 MOTIVO: \_\_\_\_\_