



**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 216/2019**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, 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 20/05/2019, 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, 20 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, 20 de maio de 2019.

**GICELY ARAUJO NUNES**  
CPF: 718.839.672-87



1 DO: H. m. m. D.  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Edi Junho dos Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 35 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro  
 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
 2 RESIDÊNCIA: Av. Duque - Ru. 6/7 ZONA:  URB.   
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tru e pericia ligada

MOTIVO

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

**CONTRA REFERÊNCIA**

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.   
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) CIDADANIA  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

3  ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

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

4 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

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