



**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 224/2019***

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. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 27/05/2019, 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, 27 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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 27 de maio de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**  
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: H.M.M.D  
PARA: Hosp. Santa Casa Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Patrícia da Silva MATRÍCULA:  
IDADE: 25 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
2 OCUPAÇÃO: NATURAL: Salvaterra  
RESIDÊNCIA: 7ª rua Bom Futuro macaxeira ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO  
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Multigesta pré termo. Com dois bebês tipo contorções uterinas e perda de líquido. 66 Ps todos normais. Solicito Avaliação pela Banca Obstétrica

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:  
2 RESIDÊNCIA: ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: (MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 DATA: / / HORA ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO  
MOTIVO: