



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 298/2019

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 26/06/2019, 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

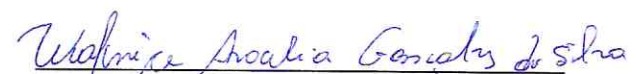
Em, 26 de junho de 2019.


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, 26 de junho 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: Hospital de Soure
 PARA: Hospital Auto Atend - Ummidap

10871
 4811
 2011
 021-33-37010
 Soure PA 55

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Sotero da Conceição MATRÍCULA: _____
 IDADE: 65 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure - PA
2 RESIDÊNCIA: 10- Rua entre 25/26 ZONA: URB. R.
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Arreligado do serviço de emergência - veículo - em cidade prof.

[Signature]
 São Antonio Almeida dos Reis
 CRM 27301PA
 Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:
 PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. R.
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE ACOMPANHADO CARREGADO DESACOMPANHADO INCONSCIENTE CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____ MORTO - SINTOMAS E SINAIS

4

OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO _____