



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 480/2019

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**,
Prefeito Municipal de Soure em exercício, 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 02/10/2019, 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, 02 de outubro de 2019.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 02 de outubro 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

138-863/000-157
MUNICIPAL
NINO DEUS
END.: 88 RUA #118
CEP: 68.870-050
Soure - PA

1 DO: Imputel M. Muro
PARA: Santa Casa misericórdia

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aliny de Cassia Soares de Souza MATRÍCULA: _____

IDADE: 22 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: Soure - PA

2 RESIDÊNCIA: 8ª rua TV 415 Barro novo ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: 99688166

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Ampliçãõ do útero de
obstetice

Dr. João Antonio Almeida de Souza
Cirurgião
Médico

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: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

INCONSCIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÃO: _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____