



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 484/2019

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 04/10/2019, 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, 04 de outubro de 2019.

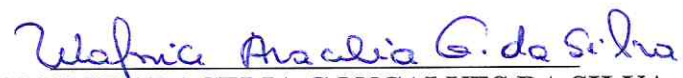


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal em exercício

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, 04 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
133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
SANTO DEUS
END.: 82 RUA 91Nº
CEP: 68.870-000
Soure - PA

paciente DO: H.M.M. D
PARA:

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Maria Neli Barbosa Barbosa MATRÍCULA: 1
IDADE: 74 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: NATURAL: Soure - PA
2 RESIDÊNCIA: 7ª rua tv 5/6 B/novo ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Motivo
MOTIVO *Amigal do meu e
cuja ref*
3
Dr. João Antonio Miranda do Lago
CRM-2738/PA
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

paciente 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:

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:

OBSERVAÇÃO
NÃO INTERNADO
paciente MOTIVO: