



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 491/2019

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 08/10/2019, 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, 08 de outubro de 2019.



ALDRIN FERREIRA NUNES
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, 08 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

3.133.863700015
HOSPITAL MUNICIPAL
RUA SINA
CEP: 68.878-000
Soure - Pará

DO: H.M.M.D

PARA: Hospital Santa Casa misericórdia

NOME: Maria Aparecida das Severino IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA:

IDADE: 34

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO:

NATURAL: Soure - PA

RESIDÊNCIA: TU 34 umiruzal 15ª rua fundos

ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: Ana Patrícia Santos Palheto

PARENTESCO: cunhada

ENDEREÇO:

FONE: 984389458

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Gestante com 39 semanas apresentando mioma + gravidez alto-risco, precisa de avaliação e conduta com obstetra.

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM - 2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

NOME: IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORDEM

IDADE:

SEXO MASC. FEM.

ESTADO CIVIL

OCUPAÇÃO:

RESIDÊNCIA:

MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO OU LOCALIDADE

ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

DATA: / / HORA ENTRADA

RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

INCONSCIENTE

SEMI-INCONSCIENTE

CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR:

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: