



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 497/2019

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 14/10/2019, 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, 14 de outubro 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, 14 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
38.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1 DO: *4 M deus Trave*

PARA: *Punto Soure 14*

IDENTIFICAÇÃO

NOME: *Ilmo dos Anjos Souza* MATRÍCULA: _____

IDADE: *34* SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: *Bras*

2 RESIDÊNCIA: *Soure* ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: *TV 17 entre 4 e 5 av. Santa* FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Fratura de Ulna e 1º Costela direita

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

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE ORDEM

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

MOTIVO: _____