



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 500/2019

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 16/10/2019, 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, 16 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, 16 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

5. 105-863/000157
"MUNICÍPIO MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
EAD.: 82 RUA 57M
CEP: 68.870-000
RONDONÓPOLIS

DC: H. M. M. D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Waldemir Francisco Reis Lopes

MATRÍCULA:

IDADE: 31

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

NATURAL:

2

RESIDÊNCIA:

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO

Dr. Brasíl Ferreira
Reumatologista

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

3

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA

NA UNIDADE DE ORISEM

IDADE:

SEXO

MASC. FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA:

ZONA: URB. RUR.

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) C/LOCALIDADE

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA: / / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

3

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: