



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 315/2019**

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 05/07/2019, 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, 05 de julho de 2019.

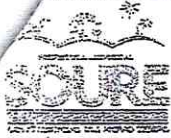
  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**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, 05 de julho 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

132.853/000150

DO: AMMU

PARA: Sta Casa

HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 88 Rua S/Nº

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Silveira dos Santos Nascimento, CEP: 88.870-000  
 IDADE: 27 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  SOLTEIRO  CASADO  VIÚVO  DIVORCIADO  
 OCUPAÇÃO: Soame NATURAL: Soame - Pa.  
 RESIDÊNCIA: R. 19 entre 12 e 13: Umerizal. ZONA:  URB.  RUR.  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: Uminga FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Paciente com 19 Semanas gestação  
 Surtido vult medicação, qd recebido em Umerizal  
 atualmente agindo a 2 anos  
 ss de lcu pto com 85% de lcu

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE SAÚDE

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
(CAMPUS, RUA Nº E BAIRRO) CATEGORIA

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMI-INCONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_