



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 324/2019

O Prefeito Municipal de Soure, senhor
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA**, no uso de suas atribuições
legais,

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **ANA MARIA DOS SANTOS
ALCANTARA**, 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 10/07/2019, 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, 10 de julho de 2019.



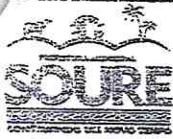
CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 10 de julho de 2019.


ANA MARIA DOS SANTOS ALCANTARA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
MUNICIPAL
007192

DO: H.M.M.D.
PARA: Hosp. Pronto Socorro

END.: Rua 8719
CEP: 68.970-000
Soure - Pará

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Lucas Gabriel Ferreira de Souza MATRÍCULA: _____
 IDADE: 13 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
 OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure
 RESIDÊNCIA: 3ª rua TV 718 B/novo ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: Helen Onilde Anis Ferreira de Souza PARENTESCO: mãe
 ENDEREÇO: _____ FONE: 98947465

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação e conduta com Traumatologia

BRASIL FERREIRA
CRM 2300
F 043.672.942-34
CIR. GERAL

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE SEMIINCONSCIENTE CARREGADO CONSCIENTE
 PRESENTES AO CHEGAR: _____ MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____