



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 344/2019**

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 29/07/2019, 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, 29 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, 29 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



1  
DO: H.M.M. D  
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Raimundo Macedo Cardoso MATRÍCULA:  
IDADE: 46 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: so lar NATURAL:  
RESIDÊNCIA: Em trânsito - Cachoeira do Arari ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:  
Corpo Extraño (espínha de peixe) no esôfago?

CONTRA REFERÊNCIA Dr. L. Humberto Daza R.  
Cirurgião Geral  
CRM-PA: 4955

4  
DO:  
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MATRÍCULA: NA LOCALIDADE DE ORIGEM  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:  
RESIDÊNCIA: MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO / LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 ENTRADA  
DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
 INCONSCIENTE  CARREGADO  CONSCIENTE  
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÃO: NÃO INTERNADO  
MOTIVO: