



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 596/2019

O Sr. **CARLOS AUGUSTO NUNES GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 16/12/2019, 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

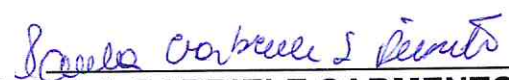
Em, 16 de dezembro de 2019.


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 dezembro de 2019.


PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



DO: H. M. M. D

PARA: Santa Casa

NOME: Leijano

IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 47

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____

RESIDÊNCIA: Vide Ste Antão

RESPONSÁVEL: Satir Torres

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: CP Cir. Cir. J.

MARCO 170
COP 043.672.942-34
027-2300
Hospital Ferraria

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

NOME: _____

IDENTIFICAÇÃO

IDADE: _____

SEXO

MASC.

FEM.

ESTADO CIVIL _____

OCUPAÇÃO _____

RESIDÊNCIA: _____

RESPONSÁVEL: _____

VALORES PARA N° SAIPO, QUALIDADE

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

HORA _____

RESPONSÁVEL ASSINATURA

ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

SEMICONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

MORTO - BAIXADO

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____