



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.º110/2020

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 17/03/2020, 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, 17 de março de 2020.

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, 17 de março de 2020.

PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65

autorizado 18/03/2020 06:30hs



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.883/2019
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

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

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Aquimualdo Lima Sousa MATRÍCULA:
IDADE: 53 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: 2 dia de trabalho NATURAL: Soure - PA
RESIDÊNCIA: 5ª rua Beira mar São Pedro ZONA: URB. R
RESPONSÁVEL: O responsável PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Trauma
Dr. J. Brasil Ferreira
CRM-2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: MATRÍCULA:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. R
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIEN
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIEN MORTO-SINTOMAS E SIN.
PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÕES:

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: