



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 143/2020

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 27/04/2020, 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, 27 de abril 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) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 27 de abril de 2020.



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

5.133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
CEP 088.070-000
Soure - SP

DO: H.M.M.D.
PARA: Unidade Ste Casa de Glória

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Joseane Tonon Sales MATRÍCULA: _____
IDADE: 24 SEXO: MASC. FEM ESTADO CIVIL: União Estável
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure - SP
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Requerida no f. únis. gloriacional com perda de líquido = 04 dias.

CONTRA REFERÊNCIA

[Handwritten signature]
Dr. J. R. Espinosa
Médico
CONTRARREFERÊNCIA

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

HORA: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS
SINTOMAS AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____