



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 158/2020

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 24/05/2020, 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, 24 de maio 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, 24 de maio de 2020.



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87

Protege



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

DO H. M. M. D

ARA

IDENTIFICAÇÃO

NOME Graziele Nascimento Leal MATRÍCULA _____
IDADE 16 A SEXO MASC FEM ESTADO CIVIL _____
Ocupação estudante NATURAL _____
RESIDÊNCIA TV 11 entre 617 ruas Centro ZONA URB RUR
RESPONSÁVEL Michelle do Socorro Valério Nascimento PARENTESCO mae
ENDEREÇO _____ FONE _____

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

7E ± 1mes. Paciente apresenta a ± 1mes. disortia
do crânio quadricérebro, diminuição peso,
Organos, edema, halcos, e mástax de cal
Ex. 10/10/10: PNM Bilateral. Encaminhado para
Sit: 34950.
Eucanh. Pneumologista

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinosa Jr.
MÉDICO
CRM 11112

DO

ARA

IDENTIFICAÇÃO

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