



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 343/2020

O Prefeito Municipal de Soure, senhor
CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA, no uso de suas atribuições
legais,

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 transportar a paciente, encaminhada 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 15/10/2020, 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.

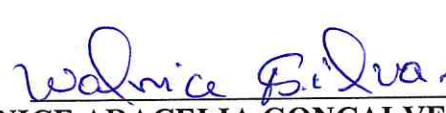
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 15 de outubro de 2020.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA N

5.138
08415
15/10/20

Ron Ad100

1

DO: H. M. M. D

PARA: Hospital Maradei

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Andréia Maria da Silva da Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 34 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: do bar NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 4ª rua Tv 113 Bairro novo ZONA: URB.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: 99136
98493
98051

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: TR

Dr. J. Daniel Ferreira
CRM-2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Pejito

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

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

ENTRADA

3

DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CON:
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO