



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 166.1/2022

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 02 (duas) diárias no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) para o dia 09/04/2022, 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, 09 de Abril de 2022.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87

2 diarias
viagem na galinha

Waxmas 853/0001
REFERÊNCIA Nº
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - PA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE REFERÊNCIA

1 DO: H M D
PARA: Pronto Socorro

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Luis Kaveas S/na Santes MATRÍCULA: _____
IDADE: 4a SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: JV 19 entre 7a e 8a RUA ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Elvira Nemes da Silva PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com queixa de dor abdominal, náusea e vômitos (frequentemente de sangue), mal-estar
Encaminhado Pediatra

Dr. Jiri R. Espinoza R.
Médico - Diretor Clínico
CRM-PA: 11432

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

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

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

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
