



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
CNPJ: 05.133.863/0001-50
2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

PORTARIA Nº 062.5/2018

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. **MARIA ELY SILVA LIMA**, 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:

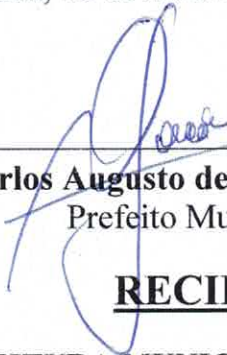
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 13/02/2018, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 13 de fevereiro de 2018.




Carlos Augusto de Lima Gouvea
Prefeito Municipal

RECIBO

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondente a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA. 13 de fevereiro de 2018.



MARIA ELY SILVA LIMA
CPF: 262.825.342-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: H.M.M.D

PARA: Pronto Socorro Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Vanilson Nascimento MATRÍCULA: _____

IDADE: 22 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro

Ocupação: desempregado NATURAL: Paraense

2

RESIDÊNCIA: 12ª rua Trav. 22/23 Pacoval ZONA: URB RUR.

RESPONSÁVEL: Raimundo Nascimento Ible PARENTESCO: irmão

ENDEREÇO: O mesmo FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Solicito avaliação e conduta com
Cirurgia Torácica.

3

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO MASC.: FEM. ESTADO CIVIL _____ OCUPAÇÃO: _____

2

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

DATA: ____/____/____ HORA _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO


4

MOTIVO: _____



1 DO: Hospital St. Meinrado Deus
PARA: Fundação Sts Casa de Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Joakelme Plantano do Seta MATRÍCULA: _____
IDADE: 17 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure - PA
2 RESIDÊNCIA: 6: Rua TV 06 B. Novo ZONA: URB RUR.
RESPONSÁVEL: Alessandro do Nascimento Parentesco: Companheiro
ENDEREÇO: O museu FONE: 81368942

MOTIVO
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Solicito avaliação e conduta com distúrbio.


CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

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

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

4 OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____

