



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 138/2018

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito em exercício do Município de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **DARILENE SOUSA TRINDADE**, 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:

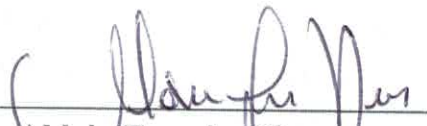
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 26/03/2018, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 26 de março de 2018.



Aldrin Ferreira Nunes
Prefeito em exercício

RECIBO

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

Soure/PA, 26 de março de 2018.



DARILENE SOUSA TRINDADE
CPF: 757.468.832-04



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.133.863/000150

HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 68.870-000

Soure - Pará

1

DO: H.M.M.D.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Luiz Soares MATRÍCULA: _____

IDADE: 7 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: professor NATURAL: Soure - PA

2

RESIDÊNCIA: Rua T. S. 20130 - Soure - PA ZONA: URB RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

3

Do abdome - FID / Hipogástrico
Exame Auscultório - PD

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Diretor Clínico - CRM/PA 11452
CPF: 575.648.872-72

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: _____

3

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
 ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

4

05.133.863/000150
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____