



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 175/2019

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **GICELY ARAÚJO NUNES**, 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 29/04/2019, 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, 29 de abril de 2019.




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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 29 de abril de 2019.



GICELY ARAÚJO NUNES
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: H. M. M. D.

PARA: Hosp. Comunitária

105.130
HCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2

NOME: Cláudia Guimarães IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 56 SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL: solteira

Ocupação: h. de casa

NATURAL:

RESIDÊNCIA: 123... 1430 Est. ...

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

3

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Parada hipotensão, sequelas de AVC
apresenta pro. hipert. e diabetes controlada
com diabetes mellitus
Exames laboratoriais e radiológicos em dia - p. intern. local

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

2

NOME: IDENTIFICAÇÃO

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

RESIDÊNCIA: OCUPAÇÃO:

RESPONSÁVEL: (RUA, Nº E BARRIO) LOCALIDADE ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO: PARENTESCO:

FONE:

3

DATA: / / HORA ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

- ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
- ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR:

4

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: