



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 181/2019

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

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar Paciente encaminhado pelo “Hospital Menino Deus” na Capital do Estado.

RESOLVE:

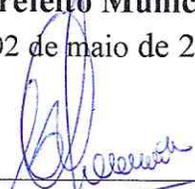
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 02/05/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 02 de maio de 2019.



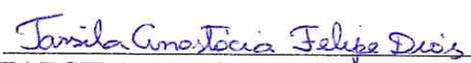
CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA

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 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 02 de maio de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 070 923 662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº _____

DO: H. m. m. D.

PARA: _____

NOME: Carla Beatriz Amigo Figueiredo IDENTIFICAÇÃO: _____ MATRÍCULA: _____

IDADE: 36 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____ NATURAL: Soure - PA ZONA: URB. RUR.

2 RESIDÊNCIA: 6: Rua Tv 23 Jacasseiro PARENTESCO: _____

RESPONSÁVEL: _____ FONE: _____

ENDEREÇO: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente com quadro de síncope e história da família de cefaleia intensa. MOTIVO

3 H/Dx: HSA
CO: encaminhado para avaliação pela neurologia/neurocirurgia

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____

PARA: _____

NOME: _____ IDENTIFICAÇÃO: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE CRISE

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

2 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

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

MOTIVO: _____