



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 191/2019

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. **GICELY ARAÚJO NUNES**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de buscar sangue no HEMOPA, encaminhado do Hospital Municipal "Menino Deus", em para tratamento de paciente.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 03 (três) diárias no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais) para o dia 08 a 10/05/2019, 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, 08 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\$ 180,00 (cento e oitenta reais), correspondentes a 03 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 08 de maio 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.N.M.D
PARA: Hemopa

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Benta Maria Cruz Nascimento MATRÍCULA: _____
IDADE: 52 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

2

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Solicitação de sangue no Hemopa

3

133.863/000150
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 82 Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará
Lucileide N. Costa
ENFERMEIRA
COB-147978

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

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

2

ENTRADA

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

3

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____