



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 218/2019

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 para tratamento na capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia a 23/05/2019, 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, 23 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 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 23 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

003/000450
MUNICÍPIO DE SOURE
ESTADO DE SÃO PAULO
END.: Rua 57 Nº
CEP: 09.870-000
RUA PARÁ

1 DO: H.M.M.D
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Thiago Gabriel Santos da Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 1 ano + 1 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: menor NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: TV 25 entre 415 Trav. Macaxeira ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Tatyara Santos dos Santos PARENTESCO: mãe
ENDEREÇO: _____ FONE: 98456329

3 MOTIVO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: H/Dx: PNM
Cequiliche
Avaliação pela pediatra

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:
PARA:

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

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

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO: _____
MOTIVO: _____