



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 229/2019

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 29/05/2019, 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, 29 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, 29 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
3100155
MUNICÍPIO DE SOURE
RUA
CEP: 89.870-000
Soure - Pará

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

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Jaime Dara Souza Gonçalves MATRÍCULA:
IDADE: 9 dias SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: menor NATURAL:
2 RESIDÊNCIA: 8ª rua #104 unicipal ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: RN. de parto normal no E dia
apresenta marcada dificuldade respiratória e
perda do reflexo succubiar
Encaminhado centro de maior complexidade para
avaliação e conduta em Pediatria.

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: CID -
PARA: Proced -

IDENTIFICAÇÃO
NOME: MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:
2 RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA
3 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:

4 OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO
MOTIVO: