



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 349/2019

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 31/07/2019, 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, 31 de julho de 2019.

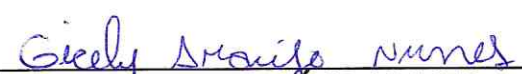


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 31 de julho de 2019.



GICELY ARAÚJO NUNES
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

autorizado 17:44 h



863/000157
REFERENCIAN
MUNICIPAL
"NO DEUS"

1 DO: H. M. M. D.
PARA: Pronto socorro municipal Mario Finot

CEP: 68.870-000
Soure - Pará

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Wladimir Rafael do Amaral Veana MATRÍCULA: _____
IDADE: 9 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: menor
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure
2 RESIDÊNCIA: Tucumanduba ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Briene Siqueira do Amaral PARENTESCO: mae
ENDEREÇO: ob. do Sr. Francisco de Assis FONE: 9809437

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente pediátrico 5-ano que de início e contínuo abdominal cíclico com vômitos persistentes, dor abdominal e hematuria
Solicite avaliação e conduta cirúrgica pediátrica.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. L. Humberto Daza R.
Cirurgião Geral
CRM/PA: 14955

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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

ENTRADA

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO