



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 482/2019

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 Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 02/10/2019, 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 outubro de 2019.

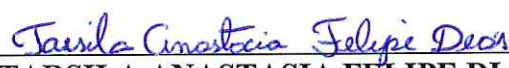


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOPUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 02 de outubro de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA



CONSULTA MARCADA

MÉDICO: _____

ESPECIALIDADE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____

RESP. P/ MARCAÇÃO DA CONSULTA: _____

1 DO: CAOSS Wajafó
PARA: U.E. Esiquialma do H. Ilheus
gestor Maria

2 IDENTIFICAÇÃO

NOME: Teleso Lima da Silva MATRÍCULA: _____

IDADE: 27 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: 9. Rua Santa Terreço Alegre ZONA: URB. R.U.R.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente Esquizofrenia em tratamento, apareceu a pau e pau, com os sintomas de H. Ilheus, foi a casa U.E. Sabo do e não veio por falta de leito e voltou no mesmo dia. Já fez novamente o Haloperidol Deacato + 10. Sonda 5ml + 10mg.

Assinatura
CARTÃO LÍQUIDO DE ASSINATURA
GRUPO 2000
CPF 000.000.000-77

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. R.U.R.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

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: _____

