



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 314/2019**

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em Exercício, 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 04/07/2019, 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, 04 de julho de 2019.

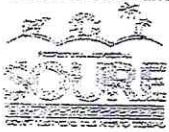
  
ALDRIN FERREIRA NUNES  
Prefeito Municipal em Exercício

### **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, 04 de julho de 2019.

  
GICELY ARAÚJO NUNES  
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº



DO: AMUD

PARA: H.G.G.V

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Felipe Silva Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 34 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: Sôbre NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: 1ª rua B1 novo ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**MOTIVO**

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Paciente que apresenta dispnéia, tosse, febre, tace frequente, e com dor no peito e labirinto. Ao exame físico em M.E.O. M.F.H. Apresenta dificuldade para urinar, veses, olhos, e língua br. Glând. Edema Generalizado.

Pedro J. Flores Bernal  
Médico  
CRM 12569-PA

**CONTRA REFERÊNCIA**

DO:

PARA:

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_  
RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

SEMI-CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVOS