



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 342/2019

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 26/07/2019, 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, 26 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, 26 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

1

DO: H.M.M.D

PARA: Ortopedia

HOSPITAL
870-000
Soure - Pará

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Januaris Miranda MATRÍCULA: _____

IDADE: 62 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____ NATURAL: _____

2 RESIDÊNCIA: tv 24 - 10133 ruas Pacoval Soure - PA ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente com Rx. evidenciando fratura pértalar no joelho Esquerdo

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

CONTRA REFERÊNCIA

4

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

2 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRÉSENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____