



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 604/2019

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, 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 23/12/2019, 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, 23 de dezembro 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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 23 de dezembro de 2019.



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

95-123.863/0001-57
HOSPITAL MUNICIPAL
SANTO DEUS

CEP: 88.870-000
Soure - Paraná

1 DO: H.M.M.D

PARA: Santa Casa Misericórdias

2 NOME: Dhaulya Natalia Pereira da Silva

IDADE: 16 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ NATURAL: _____

Ocupação: do lar

RESIDÊNCIA: Pl. 14 marca Tu 31/32 macaxeira

RESPONSÁVEL: Danielle do Socorro Pereira da Silva mãe

ENDEREÇO: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Falta de Surtido de medicamentos do RN. Constante de crise hipertensiva aguda com Cefaleia. T.C. 35.5 B (USA) 0/50
Dramas moderado (T.A. 0.3)

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Noélia P. Zaidi
CRM 1730

1 DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

2 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. R.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 DATA: _____ HORA: _____ RESPONSÁVEL: _____ ASSINATURA: _____ ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL ANDANDO APENADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

