



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.º060/2020

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

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**, 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 busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 28/02/2020, 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, 28 de fevereiro de 2020.

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, 28 de fevereiro de 2020.

PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº

1

DO: H. m. m. d
PARA: Fundação São Casa de Deserriborua

2

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Edelene Periorbicular MATRÍCULA:
IDADE: 48 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO:
RESIDÊNCIA: F. R. 05 22 Poceval NATURAL: Soure - Pe
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: Operatório Hamond ZONA: URB. RUF
FONE:

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Gestante + 10 Sem. x Dem. / hipertensão a 1 mes. Após retirar um Dente da mandíbula Au Maxilar Inferior direito. Surgiu Abscesso Dentário. Edema Periorbicular. OHC 23 gestante cirurg. Obstétrica

Espectro / surto psicótico

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Esp. 11452
Médico
CRM-PA 11452

1

DO:
PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO
NOME:
IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: MATRÍCULA:
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3

ENTRADA
DATA:/...../..... HORA: 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:

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: