



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 353/2020

O Sr. **CARLOS AUGUSTO NUNES GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **VIVIAN ROSE GOMES E SILVA**, 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 02/11/2020, 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, 03 de Novembro de 2020.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

VIVIAN ROSE GOMES E SILVA
CPF: 524.495.212-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA N°

09/11/2020
25.133.863/0001
HOSPITAL MUNIC
ENFERMAGEM DE

1

DO: H. M. M. D.
PARA: Hospital de Clínica Cirúrgica

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Walmirtony Maria Colares MATRÍCULA: Faltoso
IDADE: 55 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: professora NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: Rua Ju 23703 - Xororó ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Primeira visita pelo time de 2 dias, apresentando
palidez cutânea, sintomas iniciais, pelo Fato de pre-exis
dispneia, alteração de estado de consciência, orientado-se
hemodinamicamente estável
ECG: TAN
Anticoagul Encaminh. Cardiologista [assinatura]

Dr. Jânio R. Espinosa Jr.
Médico
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

3

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: _____

NÃO INTERNADO