



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 068/2021

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 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\$ 100,00⁴ (cem reais) para o dia 24/02/2021, 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, 24 de Fevereiro de 2021.


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure


GICELY ARAÚJO NUNES
CPF: 718.839.672-87

Júnia / Cicely VIAGEM EM

23/02/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
SANTO AMBINO DEUS
E.R.L. GARIBOLDI ST. Nº
CEP: 68.870-000
Soure - PA

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Maria de Nazare da Conceição Oliveira MATRÍCULA: _____
IDADE: 47 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
OCUPAÇÃO: Do Lar NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: 10 Rua TV. 20129 Paratoural ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: 984998799

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente ingressa pela EMG, apresentando crises hipertensiva / Dor precordial a 130/80 (280/180). Fica internada, ECG / Arritmia: Hipertrofia Atrial Diserta / Hipertrofia Ventricular e Taq. Sinusal. Chech - Cardiologista

CONTRA REFERÊNCIA

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

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: _____

OBSERVAÇÕES

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____
