



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 252/2021

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

CONSIDERANDO: A necessidade do Sra. **LUCICLEIDE NAZARE COSTA**, na função de **TÉCNICA DE ENFERMAGEM**, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 21/05/2021, 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.

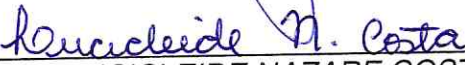
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure
Em, 21 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



LUCICLEIDE NAZARE COSTA
CPF: 30376904291

Turma + Cleide 21/05/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº _____

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Maria Zomilce Pantop Brito MATRÍCULA: _____
IDADE: 34 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
2 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____
Encaix. Por analgésico

CONTRA REFERÊNCIA
Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
2 RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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: _____

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
