



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 173/2019**

O Prefeito Municipal de Soure, senhor  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA  
GOUVEA**, no uso de suas atribuições  
legais,

**CONSIDERANDO:** a necessidade da Sra. **TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar Paciente encaminhado pelo “Hospital Menino Deus” na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 29/04/2019, 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, 29 de abril 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 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 29 de abril de 2019.

**TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**  
CPE: 020.022.000.000



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: H. M. M. P  
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Graciete Nunes da Conceição  
IDADE: 88 A SEXO:  MASC.  FEM. MATRÍCULA:  
OCUPAÇÃO: Aposentada ESTADO CIVIL:  
RESIDÊNCIA: 1ª rua TV 08 B/Novo NATURAL: Soure - PA  
RESPONSÁVEL: ZONA:  URB.  RUR.  
ENDEREÇO: PARENTESCO: FONE:

3 MOTIVO  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação e conduta com nefrologista  
Luciáide N. Costa  
REFERENCIAL  
02/28/2012

### CONTRA REFERÊNCIA

DO:  
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MATRÍCULA NA LOCALIDADE DE ORIGEM:  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:  
RESIDÊNCIA: MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO: OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 DATA: / / HORA ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMICONSCIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 INCONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÃO  
MOTIVO: NÃO INTERNADO