



**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 181/2019***

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 02/05/2019, 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, 02 de maio de 2019.

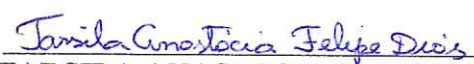
  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**

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, 02 de maio de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**  
CPF: 070 923 662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº \_\_\_\_\_

DO: H. m. m. D.

PARA: \_\_\_\_\_

NOME: Carla Beatriz Amigo Figueiredo IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 36 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure - PA ZONA:  URB.  RUR.

2 RESIDÊNCIA: 6: Rua Ju 23 Jacasseira PARENTESCO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente com quadro de síncope e história da família de cefaleia intensa. MOTIVO

3 H/Dx: HSA  
CO: encaminhado para avaliação pela neurologia/neurocirurgia

CONTRA REFERÊNCIA

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE CRISE

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_ ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

3  ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_