



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 186/2019

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 03/05/2019, 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, 03 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, 03 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

863/06

L MUN

1

DO: HMD

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Andreas Faurea Felipe MATRÍCULA: _____

IDADE: 41 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____ NATURAL: _____

2

RESIDÊNCIA: Soure, 6ª rua TV 20121 (Macaxeira) ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: 617da - Soure FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: paciente que sofreu acidente de trânsito, apresentando contusão e fratura no membro superior direito, com lesão da articulação do ombro, sendo encaminhado para o Hospital de Referência de Soure para tratamento. Solicitado o encaminhamento para o Hospital de Referência de Soure.

3

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____

2

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO (OU LOCALIDADE)

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

DATA: 1/1/ HORA: _____ ENTRADA: _____
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: _____

3

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

4