



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 189/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 07/05/2019, 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

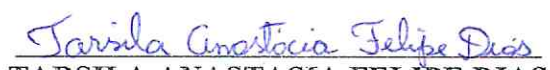
Em, 07 de maio de 2019.


ALDRIN FERREIRA NUNES
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, 07 de maio de 2019.


TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: H.M.M.D

PARA: URE-DIPC

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Luciano de Jesus Valle MATRÍCULA: _____

IDADE: 35 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____ NATURAL: _____

2

RESIDÊNCIA: Rua ... ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: 987688231

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado

3

Dr. J. BRASIL FERREIRA
CPF 043.672.942-34
CRM 2300
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

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

2

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
VALADOURO, RUA Nº E BARRIO; LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____ ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

- ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
- ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

4