



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 249/2019

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 06/06/2019, 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, 06 de junho de 2019.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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, 06 de junho de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

193.863/00045

1 DO: H.M.M.D. HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS
PARA: Santa casa Misericórdia ERG.: 22 RUA SINA

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Laudilene Ribeiro Figueiredo CDD: 68.870-006
IDADE: 25 A SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: unã Matrícula - Paró
OCUPAÇÃO: Pescadora Artesanal NATURAL: BR
RESIDÊNCIA: 6ª rua Bom Futuro Macaxeira ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Maria de Lourdes Ribeiro Figueiredo PARENTESCO: Mãe
ENDEREÇO: _____ FONE: 9847156

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: 102 Tratamento especializado para
Eclampsia pós-parto

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM-2300
CPF-013.872.942-34
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: 0706 MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC.: FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO: _____
MOTIVO: _____