



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 278/2019

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 18/06/2019, 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, 18 de junho de 2019.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

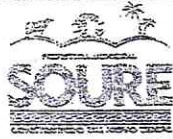
RECIBO

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, 18 de junho de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA

DO: H. m. m. D.
PARA:

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Henrique da Silva Pereira MATRÍCULA: _____
IDADE: 26 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: 12. Rua DU, 9110 Yateuho ZONA: _____
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação e conduta com traumatologista.

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM: 2300
CPF: 03.672.942-34
Médico Perto

(N) **CONTRA REFERÊNCIA**

DO: _____
PARA: _____

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

ENTRADA
DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO MORTO - SINTIC
 INCONSCIENTE SEMIINCONSCIENTE
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO: _____
MOTIVO: _____