



**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 351/2019***

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 Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 02/08/2019, 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 agosto 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 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 02 de agosto de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
HOSPITAL MUNICIPAL  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO  
E REFERÊNCIA  
CEP: 68.870-000  
Soure - Para

1 DO: H.M.N.D.  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Yosele de Nazare dos Santos MATRÍCULA:  
IDADE: 35 Anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro  
2 OCUPAÇÃO: Vaqueiro - Trabalhador rural NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: 7ª rua tv 25126 Pacoval ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: 98273525

MOTIVO  
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação do nível de  
auto cuidado  
do / s

CONTRA REFERÊNCIA

DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NA LOCALIDADE DE ORIGEM:  
2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO OU LOCALIDADE: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_

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

4 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO