



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 357/2019

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 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 05/08/2019, 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, 05 de agosto de 2019.

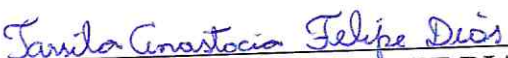


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

RECIBO

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de
R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado,
Belém-PA.

Soure/PA, 05 de agosto de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03

Encaminhado e Autorizado p/ Traucos (21:04)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 157
HOSPITAL MUNICIPAL
"NINO DEUS"

1 DO: Hospital Municipal
PARA: Hospital Pronto Socorro Municipal
End.: 82 Rua S/Nº
CEP: 88.870-000
Soure - Pará

2 NOME: JADE ANA M. IDENTIFICAÇÃO nº 11111111111111111111
IDADE: 19 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure - PA
RESIDÊNCIA: 4 Rua XV 25 - Soure - PA ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Atendimento de urgência devido a suspeita de...
MOTIVO
Dr. Sérgio...
Cirurgião Geral
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO
NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:
2 RESIDÊNCIA: PALACIO, RUA Nº E BAIRRO: C/LOCALIDADE ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 DATA: / / 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:

4 OBSERVAÇÃO: NÃO INTERNADO
MOTIVO: