**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 403/2019*

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 29/08/2019, 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, 29 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, 29 de agosto de 2019.

Tarsila Anastacia Felipe Dias
**TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**
**CPF: 020.923.662-03**

SOURE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**FICHA DE REFERÊNCIA**

REFERÊNCIA Nº 33.863/000157
HOSPITAL MUNICIPAL "MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

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

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Cotilene Gomar Barros Afonso MATRÍCULA:
IDADE: 63 anos SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: Soure - Pa
RESIDÊNCIA: TV 03 entre 8/9 Rua B. Novo. ZONA: ☐ URB. ☐ RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente Enfisematoso com adenopatia cervical e histórico de perda de peso. Encaminho para avaliação e conduta pela Pneumologia.

Dr. L. Humberto Duza R.
Cirurgião Geral
CRM-PA: 14955

# CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA
IDADE SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:
RESIDÊNCIA: ZONA: ☐ URB. ☐ RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

3 ___/___/___ HORA ___ RESPONSÁVEL ASSINATURA
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ☐ ACOMPANHADO ☐ DESACOMPANHADO
☐ ANDANDO NORMAL ☐ ANDANDO AJUDADO ☐ CARREGADO ☐ CONSCIENTE
☐ INCONSCIENTE ☐ SEMICONSCIENTE
PRESENTES AO CHEGAR: ☐ MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO
MOTIVO: