



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.

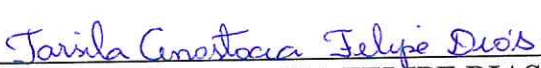


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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 ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
3.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MARTINO DE SAUS"
END.: 8 RUA S/Nº
CEP: 69.870-000
SOURE - PAÍS

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

2 NOME: Galileo Barcos Barcos Afonso IDENTIFICAÇÃO: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: 63 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: Soure - Se
RESIDÊNCIA: TU 03 entre 8/9 Rua B. Novo ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DO ENCAIXAMENTO: Paciente Hipertensivo com adenopatia cervical e história de perda de peso. Encaminhado para avaliação e conduta pela Pneumologia
MOTIVO: _____
Dr. Humberto Duza K.
CRM-PA: 14935

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____
PARA: _____

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

ENTRADA POR: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
3 QUANTIDADE DE CHEGADA DO PACIENTE: ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDARIM NORMAL ANDARIM LIGADO CASABEGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMCONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
PRESENTE AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____