



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 474/2019

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 01/10/2019, 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, 01 de outubro de 2019.

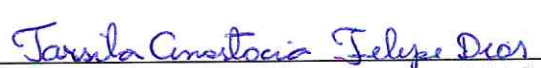


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 01 de outubro de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

DO: Hospital Municipal de Soure
PARA: Pronto Socorro

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Victor Antonio da S. Sene MATRÍCULA: _____
IDADE: 39a SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: solteiro
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: Bahiana
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 3ª Rua nº 201/2011 Moura FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Admissão do paciente de
oncopele

MOTIVO

Dr. João Batista Miranda da Luz
CRM 22387/PA
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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

DATA: ____/____/____ HORA: ____ ENTRADA: ____
RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO ARRABOADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
 INCONSCIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO: _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____