



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 308/2019**

O Prefeito Municipal de Soure, senhor  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA  
GOUVEA**, no uso de suas atribuições  
legais,

**CONSIDERANDO:** a necessidade da Sra. **TARSILO 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 Menino Deus” na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 01/07/2019, 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 julho de 2019.

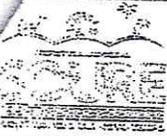
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

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

Soure/PA, 01 de julho de 2019.

*Tarsila Anastasia Felipe Dias*  
**TARSILO ANASTASIA FELIPE DIAS**  
CPF: 020.022.662-02



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº: \_\_\_\_\_

DO: H. Renato Alves

PARA: PS 14

30.12  
HOSPITAL  
MONITORIA

NOME: Anderson Gabriel Sales da Costa IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 06a SEXO:  MASC  FEM

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: Estudante

NATURAL: Soure

RESIDÊNCIA: Soure

ZONA:  URB  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua TV 33 Macaíba

FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Atendimento de rotina

2 Hospedaje

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE SAÚDE  
C.A.S. 2700174  
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC  FEM ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB  RUR

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

CHEGANDO MORAL

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

SEM CONSCIENTE

MORTO - SITUAÇÃO SE SI AC

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_