



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 326/2019

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 12/07/2019, 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: 12 de julho de 2019.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

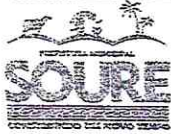
RECIBO

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

Soure/PA, 12 de julho de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº
05.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1
DO: H.M.M.D
PARA: Hospital saúde da Mulher

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Ruth Ramos Nunes MATRÍCULA: _____
IDADE: 77 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: solteira
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: PA
2 RESIDÊNCIA: 4ª rua + v 15/16 centro ZONA: Soure
RESPONSÁVEL: Regiane Ramos Nunes PARENTESCO: filha
ENDEREÇO: _____ FONE: 980247

3
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: 1ª de referência
C/CRP
Dr. J. BRASIL FERREIRA
CRM 2300
CPF 043.672.942-34
G.O. CIR. GERAL

CONTRA REFERÊNCIA

1
DO: _____
PARA: _____

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

3
DATA: ____/____/____ HORA: _____ ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSC.
 INCONSCIENTE SEMIINCONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E S
PRESENTES AO CHEGAR: _____

4
OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____