



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 335/2019**

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 24/07/2019, 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, 24 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, 24 de julho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

863/000157  
MUNICIPAL

1

DO: H. M. M. D

PARA: H. Barros Barreto

"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

2

NOME: Claudioner Reis Silva IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA:

IDADE: 62 A SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL: Belém - PA

RESIDÊNCIA: 5ª rua nº 1246 TV 19 centro ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Pneumopatia crônica a. / Especificar

Ao Pneumologista

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

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

2

NOME: IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO: NA UNIDADE DE SAÚDE

RESIDÊNCIA: ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3

DATA: / / HORA ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

4

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: