



**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 594/2019***

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 13/12/2019, 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, 13 de Dezembro 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, 13 de Dezembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**  
**CPF: 020.923.662-03**

ma 13/12/19 - ~~Waldemar~~ Tarvila / João



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº

108533.863/00015  
MUNICIPAL  
"SANTO DEUS"  
Eng. R. RUS S/Nº  
CEP: 60.079-000  
Soure - Paraíba

DO: H.M.M.D

PARA: H.G.G. Viana

NOME: Ronaldo Renato Oliveira Leite IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA:

IDADE: 62 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL:

2 RESIDÊNCIA: 4ª rua tv 32/33 macaxeira ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: tratamento especializado semicar  
diabético

3

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NATUREZA DE ORIGEM

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:

2 RESIDÊNCIA: ZONA:  URB.  RUR

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

DATA: / / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: