



**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 597/2019***

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 16/12/2019, 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, 16 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.

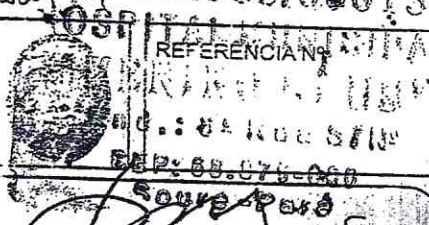
Soure/PA, 16 de Dezembro de 2019.

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

J.D.A. Tarsile / João Dia 16/12/2013 09:23:50



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BONFIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



DO: H.M.M.D

PARA:

NOME: *Cristina...* IDENTIFICAÇÃO

IDADE: *42* SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL: *casada*

OCUPAÇÃO:

NATURAL:

RESIDÊNCIA: *Rua...*

ZONA:  URB  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *...*

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM: 2309  
CPF: 048.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

DO: CID - K 81.9

PARA: Proc -> 0407030026

NOME: IDENTIFICAÇÃO

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

RESIDÊNCIA: OCUPAÇÃO:

RESPONSÁVEL: (MUNICÍPIO, FILIA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR.

ENDEREÇO: PARENTESCO:

FONE:

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:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: