



**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 022/2020***

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 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 17/01/2020, 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, 17 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal de em exercício

**RECIBO**

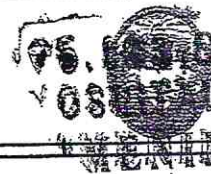
Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 17 de janeiro de 2020.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº:  
96.83/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL

End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 068.870-000  
Soure - Paraná

1 DO: H. M. M. D.  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: João João Nascimento Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 73 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure - P.  
RESIDÊNCIA: 7 Rua IV 23/24 Jaconeira ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Para Consulta Médica

Dr. J. G. G. G. G.  
CRM - 2900  
3.678.842-34  
PR

## CONTRA REFERÊNCIA

4 DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE ORIGEM  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.:  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) LOCALIDADE  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

3 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMI-CONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

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

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

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