



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 026/2020

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 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 21/01/2020, 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, 21 de janeiro de 2020.


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 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 21 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

3.863/00015

HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"

END.: 82 RUA SINA

CEP: 02.370-000

MATRÍCULA:

1

DO: H. m. m. d.

PARA:

NOME: Glaura Consuelo Marques de Aguiar IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 72 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL: Soure - P.

2

RESIDÊNCIA: TV 22 entre 4/5ª Rua Jacarandá ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Mal-estar e Conduta com Pneumologista

3

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM: 2800
CPF: 043.672.942-24
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

NOME: IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:

2

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: (MUNICÍPIO, RUA, Nº E BAIRRO) CULOCALIDADE

ENDEREÇO: PARENTESCO:

FONE:

DATA: / / HORA ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: