



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 066/2020

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 02/03/2020, 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, 02 de março de 2020.

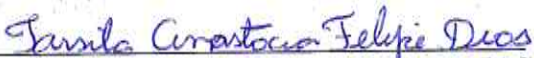


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal de em exercício

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, 02 de março de 2020.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

123.863100015
REFERENCIA Nº
NO DEUS
85 RUA
CEP: 85 070-000
Soure - Para

1 DO: H.M.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO FI: 03/10001/150

NOME: Edson dos Santos Chaves MATRÍCULA:

IDADE: 23 A SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: solteiro

2 OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure

RESIDÊNCIA: Rua B... ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: Leonilde Cardoso dos Santos PARENTESCO: mãe

ENDEREÇO: ... FONE: 98530068

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Diante a ± sua insistência em acompanhar o filho, pai de Edson, a mãe Biney (PTT), Blunier (PTT) e a filha B... Engenheiro Avul. Anyte

Dr. J... Espinoza
Médico
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORISEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:

2 RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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 SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO