



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.º115/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LOIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

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 transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 02 (duas) diárias no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) para os dias 30 e 31/03/2021, 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, 30 de Março de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS

CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº:



DO: APS I Marafó
PARA: U.E. Psiquiátrica do H. Clíneo Gaspar Veloso

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ALESSANDRA CARVAL DA CONCEIÇÃO MATRÍCULA: _____
 IDADE: 23 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: Doméstica NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: Av. 3 de Setembro 3ª e 4ª quadras Macaxeira ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: Alexandrina C. de Conceição PARENTESCO: Mãe
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente em Suicídio Psíquico

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC.: FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
(MUNICÍPIO, RUA, Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

MOTIVO: