



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.242/2021

O Sr. CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA, 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 01 uma diária no valor de R\$ 100,00 (duzentos reais) para o dia 20/05/2021, 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, 20 de Maio de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA  
Prefeito Municipal

Ciente:

TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS  
CPF: 020.923.662-03

DIAGNÓSTICO 20/05/21

JOÃO E TÁRSILA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015:  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.879-000  
Soure - Pará

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Francisco de Sales Cavalcante MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 62 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Rodovia Gov. Perquinino FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: TTV Especial  
Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM-2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_