



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.º436/2021

O Sr. CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA, Prefeito do Município, 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 17/08/2021, 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.

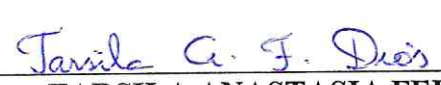
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 17 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
SANTO DEUS

End.: 8ª RUA S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Maria Rosa de Oliveira MATRÍCULA: _____
 IDADE: 81 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 9ª Rua 00:18 Uniaizul ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: 5ª Especial e
Cardio
 Dr. José Brasil Ferreira
 Médico Perito
 CRM-2300-PA

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

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

3

DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
ENTRADA
 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: _____

