



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.º696/2021

O Sr. CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA, Prefeito do Município de Soure, 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 (cem reais) para o dia 18/12/2021, 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, 21 de Dezembro 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 _____

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Tamiris Siqueira Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 24 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Pescadora NATURAL: Paraense
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Busca de paciente acamado

~~CONTRA REFERÊNCIA~~

Dr. Diogo P. S. S. Santos
CRM: 17.899
CPF: 086.899.832 - 68

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
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: _____

OBSERVAÇÕES

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____
