



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 039/2018

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade do Sr. **RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhado 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 27/01/2018, 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, 26 de janeiro de 2018.

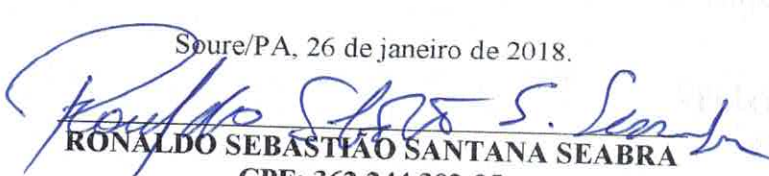


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondente a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 26 de janeiro de 2018.



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: Hospital J. Paulo Jões
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Oleser Brandão Brandão MATRÍCULA:
IDADE: 14 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Piauí
RESIDÊNCIA: F. Rua 7, 20 Lemeizal ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Olenai Brandão PARENTESCO: Pai
ENDEREÇO: O mesmo FONE: 95469084

MOTIVO

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
Desmão

Encaminh. Neurologista

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. J. ...
Diretor Clínico
CRM PA 11452
CPF: 038.049.812-72

1

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA ESPALHA DE URBEM
IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO, RUA, Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE 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 SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR:

4

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: