



**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 074.2/2018***

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 24/02/2018, 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, 23 de fevereiro 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, 23 de fevereiro 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 41 Jesus Cristo  
PARA: Hospital Pronto Socorro Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: João Alberto Barbosa de Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 13.1 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro  
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure - Pa  
2 RESIDÊNCIA: 6.ª rua TV 17118 Centro ZONA:  URB  RUR.  
RESPONSÁVEL: Maria Albuquerque Barbosa PARENTESCO: Mãe  
ENDEREÇO: O Versado FONE: 98517791

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3 Encaminh. Clínico Cirurgião

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

1 DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

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

3 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ENTRADA \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL ASSINATURA \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

4 MOTIVO: \_\_\_\_\_