



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 106/2018

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 08/03/2018, 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, 08 de março de 2018.

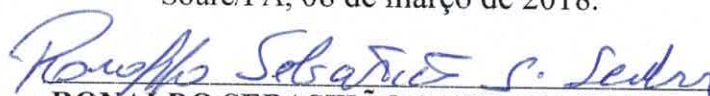


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal de Soure

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, 08 de março 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 Municipal Gleucus Deus.
 PARA: Fundação Santa Casa de Assistência Social

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Jessica Bailo Chaves Silva MATRÍCULA: _____
 IDADE: 26 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
 OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure - Pa.
2 RESIDÊNCIA: R. 22 entre 4 e 5: Alcaçarez ZONA: URB RUR.
 RESPONSÁVEL: Marina Colares de Castro Chaves PARENTESCO: Mãe
 ENDEREÇO: O curso FONE: 984503706

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Solicitado avaliação e conduta com distúrbio

Dr. J. Brasil Ferreira
 CRM - 2300
 CPF: 043.672.942-34
 Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
 PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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

ENTRADA

DATA: ____/____/____ HORA _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA _____

3 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: _____