



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 171/2019

O Prefeito Municipal de Soure, senhor
CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA, no uso de suas atribuições
legais,

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, 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 29/04/2019, 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, 29 de abril de 2019.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

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

Soure/PA, 29 de abril de 2019.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 1514
MUNICIPAL MUNICIPAL
"SANTO DEUS"

1

DO: Hospital Municipal Manoel
PARA: Pronto Socorro da U.C. de Soure

CEP: 88.870-000
Soure - Pará

IDENTIFICAÇÃO

NOME: José Casiano da Cruz
IDADE: 41
SEXO: MASC. FEM.
ESTADO CIVIL: _____
MATRÍCULA: _____
OCUPAÇÃO: _____
RESIDÊNCIA: _____ NATURAL: _____
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR.
ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
FONE: _____

2

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
LUXO - FRATURA NO PE (D)
Solicitação AVALIAÇÃO e CONDUTA
DE ORTOPEDIA

3

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ MATRÍCULA: _____
RESIDÊNCIA: _____ OCUPAÇÃO: _____
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR.
ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
FONE: _____

3

DATA: ____/____/____ HORA: ____ ENTRADA: ____
RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
PRESENTES AO CHEGAR: _____ SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS