



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 210/2019

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 17/05/2019, 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, 17 de maio 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, 17 de maio de 2019.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

paciente

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Fernando

MATRÍCULA: 123456

IDADE: 25

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL: Solteiro

OCCUPAÇÃO: Estudante

NATURAL: Brasileira

2

RESIDÊNCIA: 15ª rua - bairro 2.º - Bairro Matinha

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: Maria Batista Silva

PARENTESCO: mãe

ENDEREÇO: 33ª rua - Travessa 7 e 8 - Bairro Matinha

FONE: 9896652

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

TV e nasal por
e/ OTC - caso

Dr. J. Brasil Ferraz
CRM: 2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Peito

CONTRA REFERÊNCIA

paciente

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA

IDADE:

SEXO MASC. FEM.

ESTADO CIVIL

OCCUPAÇÃO:

2

RESIDÊNCIA:

MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO (LOCALIDADE)

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

DATA: / / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSC.

INCONSCIENTE

SEMI-CONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E S

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: