



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 219/2019

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 23/05/2019, 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, 23 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, 23 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

003/000150
MUNICIPAL

1 DO: H.M.M.D.
PARA:

ESTADO DE DEUS
END.: RUA 57 Nº
CEP: 88.970-009
SOURE - PARÁ

2 NOME: Thiago Gabriel Santos da Silva IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA:
IDADE: 1 ano + 1 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: menor NATURAL:
RESIDÊNCIA: TV 25 entre 415 Trav. Macaxeira ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Tatyara Santos dos Santos PARENTESCO: mãe
ENDEREÇO: FONE: 98456329

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
MOTIVO: H/Ox: Coqueluche
Avaliação pela pediatra

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:
PARA:

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

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

4 OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO MOTIVO: