



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 244/2019

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 04/06/2019, 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, 04 de junho 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, 04 de junho de 2019.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA

CPF: 262.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

853/000/50

HOSPITAL MUNICIPAL
"MININO VELLOSO"
ENVIADA ÀS 10:00

1 DO: H.M.M.D
PARA: Santa Casa Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Eglonelma Costa dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 24 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: união estável
OCUPAÇÃO: Autônomo NATURAL: Chaves
RESIDÊNCIA: Soure 8ª rua TV 05/06 malinthe ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Eliziana Securo Costa dos Santos PARENTESCO: mal
ENDEREÇO: _____ FONE: 984385517

MOTIVO
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
Navida pelo diagnóstico de apendicite 36 dias,
com dor tipo cólica no abd, DA 120/180, ACI
138x com febre
SS Avaliada pelo obstetra

Pedro J. Flores Bernuy
Médico
CRM 12569 PA

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 BARRIO) OU LOCALIDADE
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA
3 DATA: ____/____/____ HORA: _____ 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: _____