



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 305/2019**

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 01/07/2019, 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**

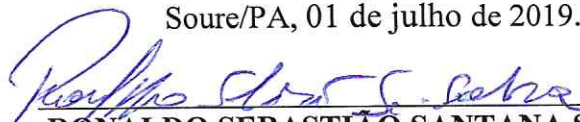
Em, 01 de julho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 01 de julho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**  
CPF: 362 244 302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA  
TAL MUNICIPAL  
UNIND 9 BUS

DATA

DO: 20/01/2011 - Maceió

CEP: 88.870-000  
Soure - Pará

PARA: 200 - Casa de Referência de Saúde

IDENTIFICAÇÃO

DATA

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC  FEM ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Admissão no SUS

DATA

CONTRA REFERÊNCIA

DATA

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

DATA

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC  FEM ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

DATA

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

AVIANDO NORMAL  AVIANDO APOIADO  CARREGADO  COORDENATE

INCONSCIENTE  SEM CONSCIENTE  MORTO - SEM TONSOS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

DATA

OBSERVAÇÃO

\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_