



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 343/2019

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 26/07/2019, 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, 26 de julho de 2019.

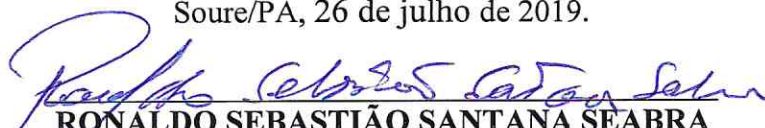


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 26 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 Nº

863100015
MUNICIPAL
S/Nº
81.714
SOURE 1707-000
CEP: 60. P. 14

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

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Marcelino Pereira Gama
IDADE: 75 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: 6ª rua Bom Futuro Macaxeiro ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: Paulo Alberto Ribeiro Gama PARENTESCO: filho
ENDEREÇO: _____ FONE: 984113516

MOTIVO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente idoso com dor abdominal intenso provocado a parada de eliminação de flato e fezes nas defeca proctocanal.
Encaminhado para avaliação e conduta Cirurgia Geral
27/07/19 14:30h.

Dr. Humberto Daza R.
Cirurgião Geral
CRM-PA 14965

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ 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
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
 INCONSCIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO CONSCIENTE

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO: _____
MOTIVO: _____