



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 474.1/2019

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 01/10/2019, 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 outubro 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 outubro de 2019.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

DO: Hospital Municipal de Soure
PARA: Pronto Socorro

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Wilton Antônio da Silva MATRÍCULA: _____
 IDADE: 39a SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: casado
 OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: Bahiana
 RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: 3ª Rua nº 201-21 Maracá FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Admissão do paciente de
emergência

MOTIVO

Dr. João Batista Miranda da Cruz
 CRM 27287PA
 Médico

CONTRA REFERÊNCIA

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

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

DATA: _____ HORA: _____ ENTRADA: _____
 RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APÓIADO SEMI-CONSCIENTE CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

INCONSCIENTE CARREGADO

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____