



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 483/2019

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 02/10/2019, 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, 02 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, 02 de outubro de 2019.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA

CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA



CONSULTA MARCADA

MÉDICO: _____

ESPECIALIDADE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____

RESP. P/ MARCAÇÃO DA CONSULTA: _____

1 DO: CAOS S. Wajafó
PARA: U.E. Esquadrilha do Helicóptero
gestão Manana

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Teleso Lima da Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 27 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 9.ª rua entre avenida flegruá ZONA: URB. R.U.R.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente Esquadrilha da Saúde, chegou a pau e pau, com o nome de Helicóptero, foi a casa U.E. Sabo do e não havia por falta de leito e voltou no mesmo dia. Já tem novamente o Helicóptero decausado + id. pendente surt. / Acompanhamento.

Assinatura
CANTOR LÍDIA DE LIMA
CRM 20.200
CPF 046.202.102-77

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ NA UNIDADE DE ORIGEM
OCUPAÇÃO: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. R.U.R.
(MUNICÍPIO, RUA, Nº E BAIRRO OU LOCALIDADE)
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

3 ENTRADA
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: _____

