



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 313/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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:

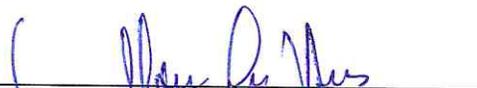
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 04/07/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 04 de julho de 2019.

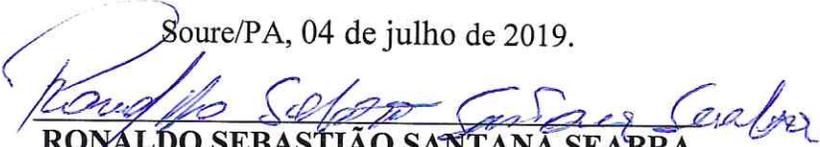


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

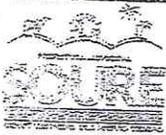
RECIBO

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 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



DO: AMUD

PARA: H.G.G.V

NOME: Felipe Silva Santos IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 34 anos

SEXO: MASC. FEM.

MATRÍCULA:

Ocupação: Sôme.

ESTADO CIVIL:

RESIDÊNCIA: 1ª rua B I novo

NATUR:

RESPONSÁVEL:

ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO:

PARENTESCO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Paciente que apresenta Dispnea, tosse, febre, taca fequente de expectoracao amarelada e laranja. Ao exame físico em MFO, MFA, apresenta dificuldade para ouvir, bases, egao, e Sinais, Edema Generalizado.

Pedro J. Flores Bernuy
Médico
CRM 12569-PA

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

NOME: IDENTIFICAÇÃO

IDADE: SEXO MASC. FEM.

MATRÍCULA

SE UNIDADE DE ORDEM

ESTADO CIVIL

Ocupação:

RESIDÊNCIA:

PARCEIRO, RUA N.º 234, CALOOCAGE

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

CONSCIENTE

PREZENTES AO CHEGAR:

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO