



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 323/2019

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 10/07/2019, 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, 10 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, 10 de julho de 2019.



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA

CNPJ: 05.133.863/0001-50



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/000151
HOSPITAL MUNICIPAL

"MENINO DEUS"
End.: 81 Rua 31Nº

CEP: 88.870-000

Soure Para MATRÍCULA:

DO: H.M.M.D
PARA: HGGV

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Denilson da Conceicao dos Santos

IDADE: 33 ans SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação: Pescador

NATURAL: Soure - P/A

RESIDÊNCIA: TV.03 entre 314 rua B/novo

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com
Cardiologista

BRASIL FERREIRA
CRM 2300
043.672.942-34
R. GERAL

CONTRA REFERÊNCIA

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA LOCALIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
(NÚMERO, RUA Nº E BAIRRO) LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ENTRADA: _____
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: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____