



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 339/2019

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 25/07/2019, 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.

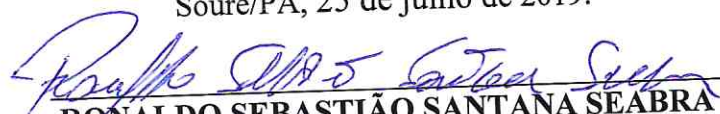
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure
Em, 25 de julho de 2019.


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, 25 de julho de 2019.


RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 262.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/00015

HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 66.870-000
Soure - Pará

1

DO: H. m. m. D

PARA: Santa Casa da Misericórdia Belém

NOME: Alexandre Lauplano Silva

IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: _____

NATURA: Soure - PC

2

RESIDÊNCIA: 7: Rua TV 7 B. Novo

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Prematuro 29s x DUM.
com gemecida e cianose periférica.

3

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

IDADE: _____

SEXO

MASC. FEM.

ESTADO CIVIL _____

Ocupação: _____

2

RESIDÊNCIA: _____

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

ENTRADA: _____

RESPONSÁVEL ASSINATURA _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4

OBSERVAÇÃO _____

NÃO INTERNADO _____

MOTIVO: _____