



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 595/2019**

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 16/12/2019, 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**

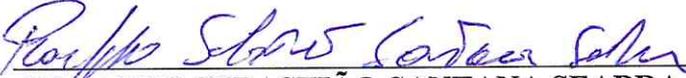
Em, 16 de dezembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 16 de dezembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**  
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



DO: H. M. M. D

PARA: Santa Casa

NOME:

*Lejano Sementos*  
*Jantana*

IDENTIFICAÇÃO

IDADE:

*17*

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

RESIDÊNCIA:

*Vide Stº interno*

RESPONSÁVEL:

*Salva Torre*

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

*At. 170. 9 me*  
*at. 170. 9 me*

M. 043.672.942-34  
043.672.942-34  
Hospital Ferraria

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

NOME:

IDENTIFICAÇÃO

IDADE:

SEXO  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação

RESIDÊNCIA:

RESPONSÁVEL:

(Município, Rua, nº e bairro, Colocidade)

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

HORA

RESPONSÁVEL ASSINATURA

ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - CAUSA

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO-INTERESSANTE

MOTIVO: