



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 606/2019

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 30/12/2019, 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, 30 de dezembro de 2019.

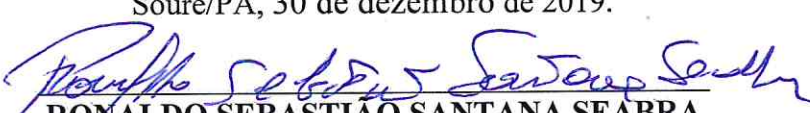


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

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, 30 de dezembro de 2019.



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25

Intervizado p/ Trauma (18.59).



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.663/000

HOSPITAL MUNICIPAL

“MENINO DEUS”

End.: 88 RUA SIM

SEP: 58.970-000

ROUTE - PETZ

1 DO: H. M. M. D.

PARA:

Ponto Saário Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

Reginaldo Belfort Martins

MATRÍCULA:

IDADE:

98 a

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

Pescador

NATURAL:

Soure

2

RESIDÊNCIA:

TV 09 entre 9/10 - Rua Flatchent

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

3 Motivo do encaminhamento: Falta de serviço ortopédico
paciente com fratura pilórica e vértebra
de C6/T6

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

IDADE:

SEXO

MASC. FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA:

ZONA: URB. R.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO ARRASTADO

CARREGADO

CONSIENTE

INCONSCIENTE

SEMIINCONSCIENTE

MORTO - ENTORPECIDO E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: