



**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 002/2020***

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 02/01/2020, 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, 02 de janeiro de 2020.

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

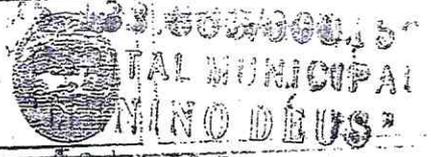
Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 02 de janeiro de 2020.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



Rua S...  
CEP: 00.070-500  
Soure - SP

DO: H.M.M.D

PARA:

NOME: Jedson Jose Santos Silva IDENTIFICAÇÃO

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: 15ª rua Unirizal

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: tratamento especializado com estereotaxia

Dr. João Antonio Almeida da Cruz  
CRM 27.000/PA  
Médico

## CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_

RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

3  ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

INCONSCIENTE

SEMI-CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERAÇÃO

MOTIVO: \_\_\_\_\_