



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 012/2020

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 15/01/2020, 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, 15 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, 15 de janeiro de 2020.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº.

363/00015
MUNICIPAL

1

DO: N. m. m. d.

PARA:

"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 88.879-000

Soure - Paré

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Rosa Bezerra Polo

MATRÍCULA:

IDADE: SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL:

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

tonca machada para Bebeu para conserto

Dr. J. BRASIL FERREIRA
CRM 2300
CPF 023.472.942-34
GO. GERAL

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

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

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR. (MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

3

ENTRADA

DATA: / / HORA: 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: