



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 030/2020

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 26/01/2020, 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, 26 de janeiro de 2020.

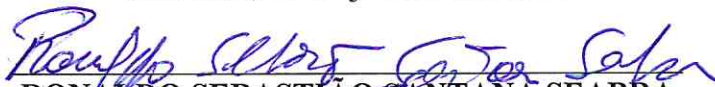


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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, 26 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
133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
NENINO DEUS
RUA: 8 DE RUA SINA
CEP: 05.870-000
SOURE

1 DO: _____
PARA: João da Silva

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Florezomina da Cruz MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Casada
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Brasileira
RESIDÊNCIA: Brasileira ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Rua 101 com 12ª Rua Romão Silva FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Encaminhada para consulta ginecológica e agendada.

Dr. João P. Salaf
Chagas

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

Ofício 16 2019

Soure 26 de junho 2019

Senhor (a) Diretor (a).

Em virtude da necessidade de transportar 02 pacientes e seus acompanhantes para Belém. Vimos à presença de V. Sr. Solicitar a liberação da taxa de transporte da AMBULÂNCIA do município, no trecho **CAMARÁ/ICOARACI e ICOARACI /CAMARÁ**. Viagem prevista para o dia 20/01/2019, retornando no dia 22/01/2019.

133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
MARIANA NAZARE GOMES
Diretora do Hospital M. menino DEUS