



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 050/2020

O Prefeito Municipal de Soure em, 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 13/02/2020, 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, 13 de fevereiro 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, 13 de fevereiro de 2020.



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
5.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DBUS"
End.: 62 RUA SENE
CEP: 66.870-000
Soure - Pará

2PL EE OE

1 DO: H.M.M.D^x
PARA: Santa casa de misericórdia

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Luana Rose Figueiredo Sena MATRÍCULA:
IDADE: 22 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: Tucumarduba - Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Laurilene Dias Figueiredo PARENTESCO: mãe
ENDEREÇO: o mesmo FONE: 989953709

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: *TR. espiral*
Obst. - 1^o fase

Dr. B. BRASIL FERREIRA
CPF: 043.672.912-94
CRM 2204
Médico Pediatra

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME:
IDADE: SEXO MASC. FEM. MATRÍCULA:
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
RESPONSÁVEL: ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: PARENTESCO: 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: