



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.º134/2020

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 13/04/2020, 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 abril 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 abril de 2020.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 360.244.282-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
5.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
Esd.: 8ª Rua SIM
CEP: 68.879-000
Soure - Pará

1 DO: H.M.M.D

PARA: _____

2 NOME: Luiz IDENTIFICAÇÃO [assinatura]

IDADE: 47 SEXO MASC. FEM. MATRÍCULA: [assinatura]

OCUPAÇÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

RESIDÊNCIA: 2ª Rua - 1/2 - S. Norte NATURAL: Soure

RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR

ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____

FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: [assinatura] MOTIVO [assinatura]

Dr. Carlos
Colaboração

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM - 2300
CPF: 043.872.942-34
Médico Pediatra

1 DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. MATRÍCULA: _____

RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NA UNIDADE DE ORIGEM

ZONA: URB. RUR

PARENTESCO: _____

FONE: _____

ENTRADA

3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL

INCONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____

ACOMPANHADO

ANDANDO APOIADO

SEMI-CONSCIENTE

DESACOMPANHADO

CARREGADO

MORTO-SINTOMAS E SINAIS

CONSCIENTE

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____