



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.º157/2020

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 25/05/2020, 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, 25 de maio 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, 25 de maio de 2020.



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

DO H.M.M.D
PARA

IDENTIFICAÇÃO

NOME Grazielle Nascimento Leal MATRÍCULA _____
IDADE 16 A SEXO MASC FEM ESTADO CIVIL _____
Ocupação Estudante NATURAL _____
RESIDÊNCIA TV 11 entre 617 ruas centro ZONA URB. RUR
RESPONSÁVEL Michelle do Socorro Valério Nascimento PARENTESCO mae
ENDEREÇO _____ FONE _____

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: TE ± 1mes. Paciente apresenta a ± 1mes. dispraxia
der. trófica quadricitebril, diminuição peso,
ansiedade, edema, palpitação, mal-estar geral,
Ex. clínicos: PNM Bilateral. Encaminhado-se para
Sil: 34950.
Eucanh. Pneumologista

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinosa Jr.
MÉDICO
CRM 31112

DO _____
PARA _____

IDENTIFICAÇÃO

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