



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.º342/2022

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **JORGE PEIXOTO RAMOS**, 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:

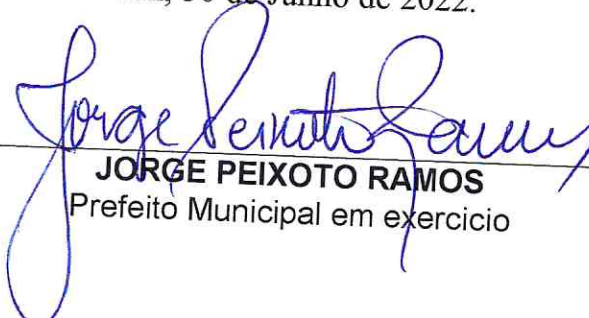
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 30/06/2022, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 30 de Junho de 2022.



JORGE PEIXOTO RAMOS
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº _____

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

IDADE: _____

SEXO

MASC.

FEM.

ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____

NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: _____

ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Paciente ingressa a + 36h, apresentando dor abdominal localizada na região do Flanco direito e região epigástrica, palidez marcada e Ictenícia conjuntival. Ex: palpação dolorosa. RH (+). Distensão abdominal moderada.
ENCAMINHA

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

IDADE: _____

SEXO

MASC.

FEM.

ESTADO CIVIL: _____

NA UNIDADE DE ORIGEM

RESIDÊNCIA: _____

(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

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: _____