



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 147/2019**

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:**

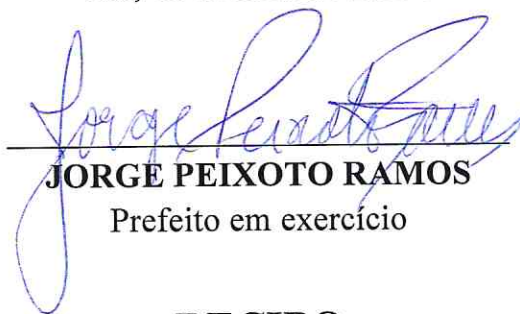
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 11/04/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 11 de abril de 2019.

  
**JORGE PEIXOTO RAMOS**  
Prefeito em exercício

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondente a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 11 de abril de 2019.

  
**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**  
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

autorizada P/Trauma 09:32hs

1

DO: H.N.N.D

PARA: Pronto Socorro municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Maria <sup>da</sup> Glória Souza Pontes

MATRÍCULA:

IDADE: 58

SEXO: ☐ MASC. ☒ FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação: (Pescadora Artesanal)

NATURAL: Soure - PA

2

RESIDÊNCIA: 82 rua TV 07 B/Novo

ZONA: ☒ URB. ☐ RUR.

RESPONSÁVEL: Euclides Souza Pontes

PARENTESCO: Subrinho

ENDEREÇO: U. mesmo

FONE: 984746212

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

José Brasil Ferreira

CRM 2300

CPE 043.672.942.34

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO

☐ MASC. ☐ FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA:

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ZONA: ☐ URB. ☐ RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

3

DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA: ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

☐ ACOMPANHADO

☐ DESACOMPANHADO

☐ ANDANDO NORMAL

☐ ANDANDO APOIADO

☐ CARREGADO

☐ CONSCIENTE

☐ INCONSCIENTE

☐ SEMICONSCIENTE

☐ MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

4

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: