



**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 153/2019***

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **LADRIN FERREIRA NUNES**, 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:**

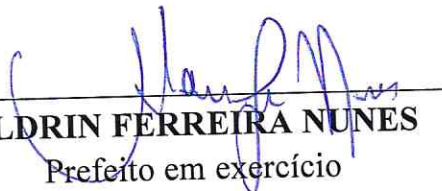
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 15/04/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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**

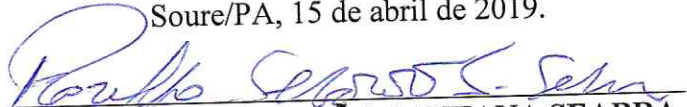
Em, 15 de abril de 2019.

  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
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, 15 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

1  
 DO: Hospital Municipal de Soure  
 PARA: Hospital Municipal de Referência de Soure

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: Juqueiro NATURAL: \_\_\_\_\_  
 2 RESIDÊNCIA: R. S. ... ZONA:  URB.  RUR.  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: 98481091

3  
 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *102 em parte*  
*da lei*

Dr. J. Brasil Ferreira  
 CRM - 2300  
 CPE: 043.672.642-34  
 Médico Perito

## CONTRA REFERÊNCIA

4  
 DO: \_\_\_\_\_  
 PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

4  
 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO  
 MOTIVO: \_\_\_\_\_