



**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 159/2019***

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 17/04/2019, 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**

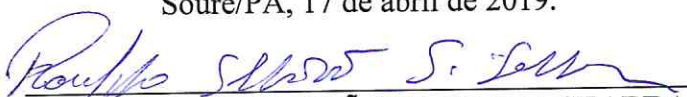
Em, 17 de abril de 2019.

  
**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, 17 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

863/000150  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

1

DO: H.M.M.D

PARA: Hospital das Clínicas Gaspar Vieira

End.: 82 Rua. 31Nº  
CEP: 88.870-000  
Soure - Paraná

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Claudomiro Amaro da Conceição MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 19 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: solteiro

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

2

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Solicito avaliação e conduta com  
psiquiátrica

3

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.:  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

2

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_