



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.º204/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **ALDRIN 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 14/05/2019, 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, 14 de maio de 2019.

**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

### **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, 14 de maio de 2019.

**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**

CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA

15.133 863/0001  
REFERENCIAM P  
NO DEUS  
R. RUA 91 Nº

1 DO: H. M. M. D.  
PARA: Prima de Paulo

CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

2 NOME: Acir IDENTIFICAÇÃO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Polícia Militar NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 12. Rua SV 19120 Umarizal ZONA:  URB.   
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Trv e hospitalizado  
em UCI

Dr. J. BRASH FERREIRA  
CPF 043.672.942-34  
CRM 2300  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

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

3 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMICONSCIENTE  ACOMPANHADO  CARREGADO  DESACOMPANHADO  INCONSCIENTE  CONSCIENTE  
PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

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