



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 299/2019**

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 26/06/2019, 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**

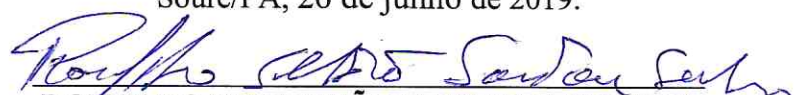
Em, 26 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 26 de junho de 2019.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
HOSPITAL M.  
MUNICIPAL DE  
SOURE  
RUA S.  
88-870-000  
Soure - Para

1

DO: Hospital M. Soure  
PARA: Hospital do clínico Gerson Viçosa

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Rui Guilherme de Sousa Aldean MATRÍCULA:  
IDADE: 60 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Casado  
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: Soure - P.A.  
RESIDÊNCIA: 5ª rua SIN TV 817 São Pedro ZONA:  URB.  R.  
RESPONSÁVEL: Jorge Luiz de Lima Aldean PARENTESCO: irmão  
ENDEREÇO: FONE: 99754897

2

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Análise da urina de endiologia

3

*Dr. João Antônio Almeida Tavares*  
CRM 27581/PB  
Médico

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:  
RESIDÊNCIA: ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: (MUNICÍPIO, RUA, Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

2

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:

3

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO