



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 350/2019**

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 31/07/2019, 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, 31 de julho 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, 31 de julho de 2019.

**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**  
CPF: 362 211 302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA

autorizado 17:44 h



853/00015#  
REFERENCIAL MUNICIPAL  
"NO DEUS"

1 DO: H. M. M. D.  
PARA: Pronto socorro municipal Mario Finot  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Wladimir Rafael do Amaral Veana MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 9 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: menor  
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: Tucumanduba ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: Priscila Siqueira do Amaral PARENTESCO: mae  
ENDEREÇO: obediente Francisco A. ... FONE: 980943

3 MOTIVO  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente pediátrico S-pneu que de acirra e contusão abdominal evolui com icterícia persistente, dor abdominal e hematuria. Solicita avaliação e conduta cirúrgica pediátrica.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. L. Humberto Daza R.  
Cirurgião Geral  
CRM/PA: 14955

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

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

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

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO: \_\_\_\_\_