



**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 495/2019***

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 11/10/2019, 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**

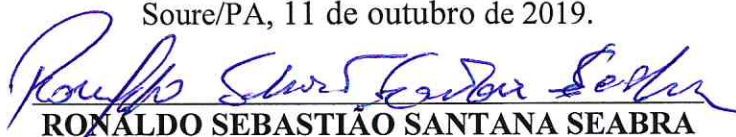
Em, 11 de outubro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 11 de outubro de 2019.

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



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
**FICHA DE REFERÊNCIA**

REFERÊNCIA Nº

**1** DO: Hospital de Sabotema  
PARA: Hospital Santa Casa

**2** IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Suare Ramos De Senlana MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 22 SEXO  MASC.:  FEM: ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Sabotema ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: Flavio Sarmento De Oliveira PARENTESCO: espos  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3** MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:  
Remissão de ± 285 x 2º US6 assintomática  
US6: obito fetal  
— Avaliação e medidas obstétricas

*Alejandro H. Salas*  
Médico/USG  
CRM: 144021PA

**CONTRA REFERÊNCIA**

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

**2** IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.:  FEM: ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
(MUNICÍPIO, RUA, Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE)  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

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

**4** OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO  
MOTIVO