



**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 567/2019***

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 21/11/2019, 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, 21 de novembro 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, 21 de novembro de 2019.

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**



REFERÊNCIA Nº \_\_\_\_\_

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

PARA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Patricia

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 36

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL: solteira

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

NATURAIS: Sim

2 RESIDÊNCIA: 5 TV. 51

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: Doença

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

**MOTIVO**

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: 1º atendimento para  
cl. obst. estrutural - 5º sem.

**CONTRA REFERÊNCIA**

Dr. Joséasil Ferreira  
 CRM 2300  
 043.672.942-34  
 Médico Perito

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**ENTRADA**

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

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

**OBSERVAÇÃO**

**NÃO INTERNADO**

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