



**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.º109/2020***

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 17/03/2020, 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, 17 de março de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 17 de março de 2020.

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

autorizado 18/03/2020 06:30hs



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 133.883/2019  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

1 DO: H.M.M.D  
PARA: Maradei

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Aquimualdo Lima Sousa MATRÍCULA:  
IDADE: 53 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro  
OCUPAÇÃO: 2017 02 01/11/2017 NATURAL: Soure - PA  
RESIDÊNCIA: 5ª rua Beira mar São Pedro ZONA:  URB.  RUI  
RESPONSÁVEL: P. Américo da Silva PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Traumatismo  
Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM - 2300  
CPF: 049.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

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

ENTRADA

3 DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA:.....  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIEN  
 INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SIN  
PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÕES:

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: