



**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.º346/2020***

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 22/10/2020, 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, 22 de Outubro de 2020.

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**

**CPF: 362.244.302-25**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: Hospital Merino Deus  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Reginilda Angelo Lima Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 34 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: Pescador NATURAL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: 8ª-Rua TV 05/6 TV B. Matinho FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Procedimento médico + Solicitar  
do Dr. Anderson de Bexiga, direcionado  
para o Hospital Merino Deus, Soure  
Encaminhado UROLOGISTA

cid 10  
Procedimento

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. H. R. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

1

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

IDENTIFICAÇÃO

2

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

ENTRADA

3

DATA: ...../...../..... HORA: ..... 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: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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