



**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.º049/2021***

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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\$ 100,00 (cem reais) para o dia 16/02/2021, 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, 16 de Fevereiro de 2021.

  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133 063/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
PAÍS DO BUS  
C.A.D. 145 404 5743  
079.20.579-030  
2018-2019

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Reginaldo Coelho Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 53 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Autônomo NATURAL: Soure - P.A  
RESIDÊNCIA: 42 rua TV 25 macaxara ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: 1.º episódio  
cl/ novo.

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

IDENTIFICAÇÃO

2

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

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

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: