



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.º063/2021

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\$ 100,00 (cem reais) para o dia 21/02/2021, 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, 22 de Fevereiro de 2021.

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

HOSPITAL MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
R. do Azeiteiro, 57
CEP: 88.879-000
Soure - PA

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: RN de Suleme Samia da Silva MATRÍCULA:

IDADE: 2 dias SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL:

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: RNPT. a ± 2 dias, apresenta cianose central, baixo peso, prematuridade, Ictericia moderada. Ap. Resp. MV ↓, secreções, estertores, sibilantes, arr. dispnéia moderada, diminuição de saturações

encam. Neonatolgia. Dr. Jim R. Espinosa H.

Dr. Jim R. Espinosa H.
Médico
CRM-PA 11452

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. 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

MOTIVO: