



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 078/2021***

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 03/03/2021, 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, 02 de Março de 2021.

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

**Ciente:**

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

Paula / Ronaldo → 27/02/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº:  
133.863/00013  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
END. 18ª RUA 814  
CEP: 86.879-000  
Soure - PA

1 DO: H.M.M.D  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Maria Léal da Conceição MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 61 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Paraná  
RESIDÊNCIA: 69 rua TV 29/30 macacheira ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente + 13 dias apresentando febre  
saca, quadro febril, poliartalgias, cefaleia,  
perda cheiro e paladar, e prostração  
dispnéia seca, mal estar geral.  
Encam. Clínica Médica

Dr. Jan R. Lipinski st.  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA  
3 DATA: 27/02/2022 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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_