



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.º132/2021

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 09/04/2021, 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, 09 de Abril de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



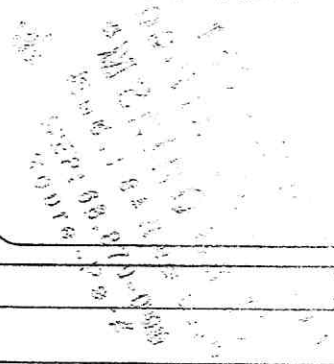
RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº



1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Raimundo de Jesus Castro Silva MATRÍCULA: _____
 IDADE: 50 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 5º Rua entre 23/24 ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente necessita avaliação com cardiologista, devido alteração ECG.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. S. Grasi Faria
CRM: 2500
CPF: 043.672.844-9
Médico Pat. 3

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____
