



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.240/2021

O Prefeito Municipal de Soure em, 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 19/05/2021, 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, 19 de Maio 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  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 66.870-000  
Soure - Pará

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Zeilene da Silveira da Silva MATRÍCULA: 50311

IDADE: 15 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL:

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: Zeilza da Silveira da Silva PARENTESCO:

ENDEREÇO: TV 24 entre TV 34/15 FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Primigesta de ± 32 semanas, segue contracheques  
retirados internos + cópia recente de avaliação com médico  
obstetra.

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM-2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: