



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.º355/2021

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 07/07/2021, 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, 07 de Julho de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25

07107/2021

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"SENHOR DEUS"
RUA S/Nº
CEP: 06.870-000
Soure - PA

1

DO: H. M. M. D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Maria Celeste Cardoso Ferreira MATRÍCULA: _____

IDADE: 72 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

Ocupação: aposentada NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: Tv 31 entre 9/10 ruas FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: ^{MOTIVO} Idosa apresenta a ± 11 dias, queda de
própria ALTURA, não apresenta fratura, a ± 2 dias, fica c/
constipação, abdômen levemente distendido, náuseas
vômitos, e dor abdominal aumentada
S.S. CRAB. Encamih. Clínica Médica. *JP*

Dr. Jun R. Espinoza
Médico
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) 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

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

4