



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 381/2021***

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 22/07/2021, 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, 22 de Julho de 2021.

---

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

**Ciente:**

---

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



HOSPITAL  
"MENEZES DEUS"  
End.: 82 Rua 81Nº  
CEP: 60.070-000  
Soure - Pa Á

1

DO: M.M.M.D

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Dione Rubenstein da Silva Gonçalves MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 31 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua M. D. Pedro Bino FONE: 984478397

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com perda de peso, sistema glandular alterado, linfartamento de gânglios, anorexia, amigdalite aguda,

CID → E358

Proced → 030303 p06-2

Médico CRM-P.A.1645  
Vicente Borges Filho

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_