



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.º515/2021**

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 23/09/2021, 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 23 de Setembro de 2021.

---

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA  
Prefeito Municipal

**Ciente:**

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA  
CPF: 362.244.302-25



138.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MORNING DOUS  
RUA 167 - JARDIM SANTA  
CEP 100.072-000  
TUBARÃO - SC

1

DO: Hospital Menino Deus  
PARA: Polo Doris

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Silva Silva de Jesus MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 62 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: aposentada NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 10º ano Bairro Novo. ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: fratura no cotovelo esquerdo e  
 Joelho direito

*Dr. Jim R. Espinoza M.  
Médico - Ortopedista  
CRM: PA 4774*

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_