



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 518/2021**

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 24/09/2021, 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 24 de Setembro de 2021.

---

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA  
Prefeito Municipal

**Ciente:**

---

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA  
CPF: 362.244.302-25



UNIDADE MUNICIPAL  
UNINO 003  
R. ...  
CEP: 66.873-000  
30679-72

**1** DO: H.M.M.D  
PARA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

**2** NOME: Amelia Pereira Soares MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 89 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: 6ª rua TV 16/17 centro FONE: \_\_\_\_\_

**MOTIVO**

**3** MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
Fratura Fêmur  
Encamh ORTOPEDISTA

**CONTRA REFERÊNCIA**

Dr. Jânio R. Rapinosa Jr.  
Médico - Diretor Clínico  
CRM: PA 11452

**1** DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

**2** NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_