



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.º653/2021**

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 26/11/2021, 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, 26 de Novembro de 2021.

---

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal

**Ciente:**

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

www.saude.soure.pa.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

00.133.863/0001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 68.879-000

Soure - Pa

1

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

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Raman Rodrigues da Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 50 Anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro

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

RESIDÊNCIA: Rua TU: 0718 BINOVO ZONA:  URB.  RUR

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

*Cucunha Nealgosta*

Dr. Jim R. Espinoza H  
Médico - Diretor Clínico  
GRM-PA: 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) 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

4

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_