



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.565/2021

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 09/10/2021, 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 09 de Outubro de 2021.

  
ALDRIN FERREIRA NUNES  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

  
RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA  
CPF: 362.244.302-25

Romaldo + Paula 2011/2



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

Handwritten notes and stamps in the top right corner, including a date stamp '02/01/2011' and other illegible markings.

1 DO: UUMA  
PARA: \_\_\_\_\_

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Stephany C. Pautoga Pautoga MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 26 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: 32  
RESIDÊNCIA: Soure - PA ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 1º entro 23/54 Pacoval FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Enferm. Endocrinol. G. G. G.

CONTRA REFERÊNCIA

Handwritten signature and stamp: Dr. J. L. ...  
CRM: PA 11452

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: Cad. Proced.

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 ENTRADA  
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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_