



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.580/2021

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 15/10/2021, 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 15 de Outubro de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: Hospital Municipal Leuino Alves
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Edilainanda Conceição M. MATRÍCULA: _____
IDADE: 06 A SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Sumanduba ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Edivanus Brito T. Conceição PARENTESCO: Mãe
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Hipertensão, dor fosa ilíaca direita intensa, distensão abdominal, dificuldade de deambular.

Jean Pablos Menezes
Enfermeiro
COREN-PA 693617

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____
Jean Pablos Menezes
Enfermeiro
COREN-PA 693617

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE NA UNIDADE DE ORIGEM
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
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: _____

