



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.º298/2022***

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 21/06/2022, 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, 21 de Junho de 2022.



---

**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**



---

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



1 DO: PARS Marajo  
PARA: U/E Psiquiatria do H. Clinicas Gaspar Vianna

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: Maryara Leal de Piedade MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 23 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 10ª Rua e Av. 16 Junicial Beut Esquina ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: Olívia Sílvia Leal PARENTESCO: Mãe  
ENDEREÇO: O mesmo FONE: (91) 98521 8019

MOTIVO  
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: paciente diagnóstico de T. Bipolar III, agudamente com sintomas maníacos e episódios juvenis e sintomas psicóticos

### CONTRA REFERÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
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  
4 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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