



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.º336/2022

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **JORGE PEIXOTO RAMOS**, 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 27/06/2022, 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, 27 de Junho de 2022.



JORGE PEIXOTO RAMOS
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 17
DE 133.869/09
HOSPITAL MUNICIPAL
*MBNINO DE L.S
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.879-000
Soure - PA

1

DO: Residência: HMD
PARA: Residência UPA

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Manoel Martins MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: Bragança
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Rua do Sen Nelson, SN, Tucuruá FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente idoso vítima de acidente de estresse, com forte impacto na cabeça. Segue para Belém para exames especializados

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) 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

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____