



**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.º170/2021***

O Prefeito Municipal de Soure o senhor  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA**  
**GOUVEA**, no uso de suas atribuições  
legais,

**CONSIDERANDO:** A necessidade do Sr. **FÁBIO RICARDO RODRIGUES PAIVA**, 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 28/04/2021, 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, 28 de Abril de 2021.

---

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**Ciente:**

---

**FÁBIO RICARDO RODRIGUES PAIVA**  
CPF: 595744882-68



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/0001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MUNICIPAL DE SOURE"  
End.: Rua SINA  
CEP: 979-000  
SOURE - PA

1 DO: H.M.M.D  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Reimere Ferreira de Sena MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 48 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Tucumanduba ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresentando dor torácica  
a 17 dias, dispnéia do modo a  
severa C 93/sat, quadro febril  
fosse. Susp Covid-19  
Encaminh. Pneumologia

Dr. J. J. Santana Jr.  
Médico  
CRM-PA 11452

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

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