



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.º 177/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: A necessidade do Sr. **ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, 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.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 30/04/2021, 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, 30 de Abril de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERENCIA N°
02.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 02 Rua S/N°
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Rosivan Jonatas Araújo da Silva MATRÍCULA:
IDADE: 59 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: NATURAL:
RESIDÊNCIA: Soer ZONA: URB. R
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: Comunidade do eeu FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente refere dor abdominal intensa + distensão abdominal + constipação intestinal há 4 dias.
Necessita de avaliação cirúrgica Geral

Dr. J. Espinoza
Médico
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
(MUNICÍPIO RUA N° E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. R
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

3

DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA.....
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SI
PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÕES

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: