



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.º253/2021

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 22/05/2021, 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, 22 de Maio de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

FÁBIO RICARDO RODRIGUES PAIVA
CPF: 595744882-68

Fabio + Koide - 22/05/21

REFERÊNCIA Nº

JE.133.862/000135

HOSPITAL MUNICIPAL

MEZINHO DENS

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1

DO: Hospital Municipal Municipal Mezinho Dens

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Paulo Armando Miranda Barbosa MATRÍCULA:

IDADE: 79 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: Amante NATURAL:

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 5ª Rua entre TV 1/3 B. Nam FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta tosse e dor
de garganta, dispnéia severa, anorexia
geral, perda de peso.

Enviado ao Pneumologista
INFECTOLOGIA

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. J. R. Espinosa
Médico
CRM-PA 11452

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

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: