



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.º255/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito do Município de Soure em exercício, 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 23/05/2021, 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, 23 de Maio de 2021.

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

**Ciente:**

**ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**  
CPF: 397.982.402-00

Antonio / Walnice 23/05



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: Hospital de Campanha de Belém

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Maria da Consolação Alves da Cruz MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 57 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Autônoma NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 5ª Rua entre TV 24/25 FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente refere a ± 6d,  
tosse seca, secura de quadro febril,  
dispnéia de moderada a severa; perda de peso  
de 2kg; m.v. Diminuído / crepitante 3 inf.  
pulmão direito  
encilh. INFECTOLOGISTA

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. A. Espinosa H.  
Médico  
CRM-PA 11452

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: \_\_\_\_\_