



**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 291/2021***

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 06/06/2021, 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, 06 de Junho de 2021.

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

**Ciente:**

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

1/10/2012 em 06/06/2012, Antonio e

Rita



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 - Pa - 6

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Erica Caroline Felipe Araújo MATRÍCULA:

IDADE: 28 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: União Estável

2

OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL:

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 32 Rua TV Os B. Malinho FONE:

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Multigesta + 38 semanas x USG.

3

ingressa pela EMA/ G5 P4 A1 Cesárea ANTERIOR  
apresenta BCF: 148 bpm, dilatação: 0, duração  
172h, AU: 41cm, CA: 117, gestante  
ARO. Encaminh. Obstetria

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.  
Médico  
CRM PA 11452

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA:

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM

2

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

4

\_\_\_\_\_

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