



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 303/2021**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício 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 07/06/2021, 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, 07 de Junho 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

CPF: 971186-212-34.

Silvia e Fabris

REFERÊNCIA Nº

003/00015  
PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SOURE  
End.: 54 Rua S/Nº  
CEP: 65.570-000  
Soure - Pará

1

DO: Hospital Municipal Alexino Dias  
PARA: Hospital Abelardo Santos

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Ricardo Sealma Postal MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 33 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUF  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 8ª Rua entre TV 10/11 FONE: 984648245

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente ingressa pela SMO, apu sentida a 16  
div abdominal difusa; seguido do quadro febril,  
anorexia, poliartalgias, não enjoa, não vômitos.  
a + 2 dias aumento do quadro doloroso abdominal  
e se localiza no FAD, DDC Burro (+++)  
Bleimner (++) Distúrbio Abdominal  
moderado. RHA ↓

146  
Leucocitose

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Joo R. Espinoza  
Médico  
CRM-PA 11452

1

DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUF  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

3

DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA: .....

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENT

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINA

PRESENTES AO CHEGAR: