



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 345/2021

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 03/07/2021, 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, 05 de Julho de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa 6

1 DO: H.M.M.D
PARA: Hospital Santa Casa Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Ana Karolena Trindade da Luz MATRÍCULA:
IDADE: 22 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
OCUPAÇÃO: Do lar. NATURAL:
RESIDÊNCIA: 8: Rua TV: 20/21 Pacoval ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Ana Lúcia Silva Trindade PARENTESCO:
ENDEREÇO: O Puzmo. FONE: 99336-7390

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: gestante ± do sem/dia
ingresso referendo BCF / Inavólvel no USG,
é feito USG de emg/ não se evidenciou
BCF.
Enah Enah, Obstetorice
Dr. Jim R. Espinosa Jr.
Médico
CRM-PA 11452

Sta Casa

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: CID 002.1
PARA: Cod Proced. 0411020013
IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: MATRÍCULA:.....
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE 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

NÃO INTERNADO

4 MOTIVO: