



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 474/2021

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 26/08/2021, 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, 26 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
UNIDADE DE SAÚDE

CEP: 88.070-000
Soure - Pa

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Adriana Juelly Silva Assunção MATRÍCULA: _____
IDADE: 25 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 7ª Rua DU: 15116 B1 União ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: ? PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta dor intensa região mm II Esp
Cravado ORTOPEDISTA

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. JIM A. Espinoza 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: _____

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____

