



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.º521/2021

O Sr **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade do Sr. **Noel Pereira Da Silva Junior**, na função de Motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, para empreender viagem do hospital para a Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 25/09/2021, 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, 25 de Setembro de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:

Noel Pereira Da Silva Junior
CPF: 534.633.232.49



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

1

DO: H.U.M.D.
PARA: Divina Presidência.

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Antonio Bandeira dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 72 Anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 5ª rua, nº 364, entre traçassas 29 e 30 ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: 991248834

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente Idoso, ingressa pela eme
apresentando crises hipertensiva (200/100), catálise
intensa, sono leve, vertigem,
Ap. Rg: Roncos, ruído no pulmão
encontrase desacomodado, Ronco.
Outros, Neurologia

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico - Diretor Clínico
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

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____

