



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 647/2021**

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 22/11/2021, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

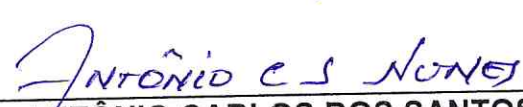
Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure  
Em, 22 de Novembro de 2021.

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

**Ciente:**

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

Uia 22/11/22 Antonio

133.863/00015

REFERÊNCIA Nº

HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS  
RUA S/Nº  
END.: 82 RUA S/Nº  
CEP: 68.870-000  
SOURE - PA

HOSPITAL MUNICIPAL DE SOURE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



1

DO: Hospital Menino Deus.  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Neemi Torres da Silva MATRÍCULA:  
IDADE: 69 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: NATURAL: Paraense  
RESIDÊNCIA: Trav 14 entre 6ª e 7ª ruas. ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:  
  
Cuid. Emerg. Vascular

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. R. Espinoza  
Médico - Diretor Clínico  
CRM-PA: 11452

1

DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA:  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) 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

OBSERVAÇÕES

MOTIVO: