



**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.º613/2021***

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

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **CARLOS ANDRÉ LIMA ABREU**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhado 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 01/11/2021, 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, 01 de Novembro de 2021.

**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**Ciente:**

**CARLOS ANDRÉ LIMA ABREU**  
CPF: 638.242.642-34

carlos andre + kilo 03133123



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
05.133.863/00615  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 82 Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

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

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MARIA DA CONCEIÇÃO FUJADO DA SILVA MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 57 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
OCUPAÇÃO: TEC. ENFERMAGEM NATURAL: PARÁ  
RESIDÊNCIA: 4ª RUA TRAVESSA 34 BARRIO MACACHEIRA ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: MONICA SILVA AFONSO PARENTESCO: FILHA  
ENDEREÇO: O mesmo FONE: 993857002

MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Enf. Carli. Orpalyte*

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

CONTRA REFERÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA  
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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_