



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 678/2021**

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 07/12/2021, 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, 07 de Dezembro de 2021.

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

**Ciente:**

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

Antonio / Christian 07/12/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
33.86570001A  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.879-000  
Soure - Pa #

1

DO: H.M.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Marcelene Alves Teixeira MATRÍCULA:

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL: Paraense

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: 7ª rua tv 14115 Centro FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: tratamento especializado com oncoologista

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

CONTRA REFERÊNCIA

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

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: