



**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 174/2019***

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. **ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 29/04/2019, 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, 29 de abril de 2019.

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

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 29 de abril de 2019.

**ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**  
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.133.  
HOSPITAL MUNICIPAL  
CENTRO DE REFERÊNCIA  
Cidade: SOURE  
CEP: 870-000

1 DO: H.M.M.D  
PARA: Hosp. Gaspar Viana

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Cláudio Genovino  
IDADE: 56 ~ SEXO:  MASC.  FEM.  
OCUPAÇÃO: Auto. 5017 ESTADO CIVIL: Solteiro  
RESIDÊNCIA: 12º km. TV 10 Matinha NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 MOTIVO  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente hipertenso, sequelado de AVC. Apresenta prolapso de válvula mitral com desfecho acentuado. Encaminhado para avaliação e conduta pela cardiologia.

CONTRA REFERÊNCIA

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

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

3 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_  
CONDICÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMI-CONSCIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 INCONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: NÃO INTERNADO