



**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 348/2020***

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. **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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 27/10/2020, 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, 27 de Outubro de 2020.

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

**Ciente:**



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: H.M.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Ana Claudia Bandeira Alcantara MATRÍCULA:

IDADE: 21 A SEXO

☐ MASC.

☒ FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação: Do lar

NATURAL:

Paraná

RESIDÊNCIA: 8ª rua TV 20121

macacheira

ZONA: ☒ URB. ☐ RUF

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Paciente ingressa apresentando  
Fratura no 1/3 distal da tíbia, C-700  
a 2 dias. Paciente é internado  
em um hospital especializado.

Encamh. ORTOPEDISTA

Dr. J. M. R. Espinosa  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: CID - 582.3

PARA:

Pré-cad - 040805022-5

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME:

MATRÍCULA:

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO

☐ MASC.

☐ FEM.

ESTADO CIVIL:

RESIDÊNCIA:

(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ZONA: ☐ URB. ☐ R

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

3

DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA.....

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

☐ ACOMPANHADO

☐ DESACOMPANHADO

☐ ANDANDO NORMAL

☐ ANDANDO APOIADO

☐ CARREGADO

☐ CONSCIE

☐ INCONSCIENTE

☐ SEMI-CONSCIENTE

☐ MORTO-SINTOMAS E SII

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÕES

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: