



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 352/2020**

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 02/11/2020, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

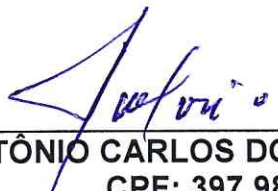
Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

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

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure  
Em, 03 de Novembro 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

05.133.863/0001  
HOSPITAL MUNIC.  
MUNICÍPIO DE  
SOURE - PA

1

DO: H.M.M.D.  
PARA: Hospital de Clínica Geral de Soure

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Guilherme Norberto Colares MATRÍCULA: Paulista  
IDADE: --- SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: ---  
OCUPAÇÃO: --- NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: Rua Juvencio Xavier ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: --- PARENTESCO: ---  
ENDEREÇO: --- FONE: ---

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Primo infarto pelo ECG = 2 dias, apresentando  
palpitações, sintomas iniciais, pelo ECG, dor precor  
dispnéia, náuseas, vômito, em repouso, orientado-se  
hospitalarmente - Estab. Souza  
ECG: JAN Antioptol Encamh. Cardiologista

Dr. Jim R. Eptassa H.  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: ---  
PARA: ---

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: --- MATRÍCULA: ---  
IDADE: --- SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: ---  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE  
RESIDÊNCIA: --- 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: ---