



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 034/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LÇIMA 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 02/02/2021, 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, 02 de Fevereiro de 2021.

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
3.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End. 18ª Rua S/Nº
CEP: 68.879-000
Soure - Pará

1

DO: Hospital Menino Deus
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Gleise de Nazaré Loureina de ~~Monte~~ MATRÍCULA: _____
 IDADE: 38 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Casada
 OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: 12ª Rua da TV 16 / 17 B. Amizal FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta dor abdominal
 a ± 24h, apresenta epigastrio, no ferimento
 dor local / fcd no FID, Mac Burney (+)
 Blumber (+), RHI (+)
 Encaminh. Cirurgia

CONTRA REFERÊNCIA

[Handwritten Signature]
 Dr. Jhon R. Espinosa Jr.
 Médico
 CRM-PA 11452

1

DO: _____
 PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 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: _____
