



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 065/2021

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 23/02/2021, 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, 13 de Fevereiro de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure.

Ciente:

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES
CPF: 397.982.402-00

Antônio / Walnice



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DBUS
End. 18ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1 DO: HIM. M. D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Marizete Lourenço Bobo MATRÍCULA: Solange
IDADE: 39 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: 6ª Rua TV. 18/19 Centro ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: 99619874

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Primo de ingressa pela EMG, apresentando
crises hipertensivas / Dor precordial a + 3 dias
(280/180). Fica internada, SOE / Apneia
Hipertensão Arterial Diastólica / Hipertensão Ventricular
Taq. Sinusal. Encaminhado Cardiologista

CONTRA REFERÊNCIA Dr. Jim R. Espinosa Jr.
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA
3 DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

<input type="checkbox"/> ANDANDO NORMAL	<input type="checkbox"/> ANDANDO APOIADO	<input type="checkbox"/> CARREGADO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> MORTO-SINTOMAS E SINAIS	

PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
