



**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.º139/2021***

O Prefeito Municipal de Soure em,  
senhor **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO:** A necessidade do Sr. **ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**, 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 os dias 12/04/2021, 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, 12 de Abril de 2021.

---

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

Ciente:

---

**ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR**  
CPF: 381.488.032-34

Covid - Adalberto / Beatriz



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/0001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 88 Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

1 DO: H. M. N. D  
PARA: Hospital Abelardo Santos

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Claudia Raimunda Teixeira Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 43 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: do lar NATURAL: Paraense  
RESIDÊNCIA: 11ª rua TV 32 B/novo ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: tratamento especializado com clínico geral  
Dr. José Brasil Ferreira  
CRM 2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico do Trabalho  
CID -> B34R  
Proced -> 0303010193

CONTRA REFERÊNCIA

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

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

ENTRADA  
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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_