



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.º149/2021

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 15/04/2021, 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, 15 de Abril de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34

Jonior / Camélia

15104/21

REFERÊNCIA Nº
22.133.853/000151
PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA
CAP: 043.672.942-34



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1 DO: HM / Soure Renato Deus
PARA: Hosp. de Companhia Langar.

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Andréia Ventura dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 45 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 5º TV 17-18 ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Sourel FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Apelto
Dr. José Brasil Ferreira
CRM 2300
CPF: 043.672.942-34
Médico do Trabalho

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
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: _____

4 OBSERVAÇÕES: _____

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
