



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.º172/2021

O Prefeito Municipal de Soure, 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 para COVID-19 na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para os dias 29/04/2021, 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, 29 de Abril de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34



OSPITAL MUNICIPAL
133.863/0003
UNIDADE DE ORIENTAÇÃO

1

DO: Soure - PA
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Shirelana de Jesus dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 16 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Prontuário # 36 sep 1986
Ingresso na EMG, a partir de dispensa
do trabalho, com 8 dias post. de férias
em 1984, a 4 / 1 hora, período de
gestão 1984/85 Encaminh. Obstetrical
1984/85

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. M. R. Lopes H.
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: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____

