



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 228/2021

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 17/05/2021, 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.

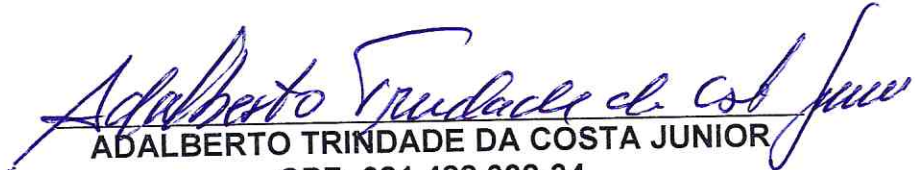
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 17 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal

Ciente:



ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34

Diagnóstico em 14/05/21

Joniok e Biafalaio



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº
R. 155.863/0001:
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 88.870-000
Soure - Pa-á

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Carlos Rafael Ferraz Sene MATRÍCULA: _____

IDADE: 34 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: União estável

OCUPAÇÃO: Funcionário Público NATURAL: Soure

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: 2ª Rua entre TV 04 B. Nova. FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Inapetência

Intelectual

CONTRA REFERÊNCIA

concluída

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

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

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

4