



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º236/2021

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

CONSIDERANDO: A necessidade do Sr. **RAFAEL UCHOA DA SILVA**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar paciente encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 18/05/2021, 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, 18 de Maio de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



RAFAEL UCHOA DA SILVA
CPF: 010.063.962.33

VIAJEM 18/05/21 RAFAEL e CLÁUDIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
END.: 82 Rua S/Nº
CEP: 88.870-000
Soure-PA

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Sueli Leide Gomes MATRÍCULA: _____
IDADE: 63 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Casada
OCUPAÇÃO: Mãe NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 12ª Rua entre Tv 20 B. Vocant FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta fase produtiva + dificuldade de respirar + fraqueza - necessita de tratamento especializado em cardiologista.
Dr. J. Brasil Ferreira
CRM 12300
CPF: 043.672.942-34
Médico Perito

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: _____
