



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.º461/2021

O Prefeito Municipal de Soure, senhor
CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA, 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 a paciente, encaminhada 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 21/08/2021, 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, 23 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure



RAFAEL UCHOA DA SILVA
CPF: 010.063.962-33

Rafael 21/08/2008



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº:
135.865700015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: Hospital Maradei

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Rubemir Melo Leal MATRÍCULA: _____
IDADE: 55 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Alameda do Pua' Soure - PA ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Mãe PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Pua' FONE: 9198946-1912

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:
Fratura da costela G15 S820
Dr. José Brasil Ferreira
Médico Perito
CRM 2300-PA

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: _____

OBSERVAÇÕES: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____