



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.º339/2022

O Sr. **JORGE PEIXOTO RAMOS**, Prefeito do Município de Soure em exercício, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: A necessidade da Sra. **Adriana Gonçalves Chaves**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

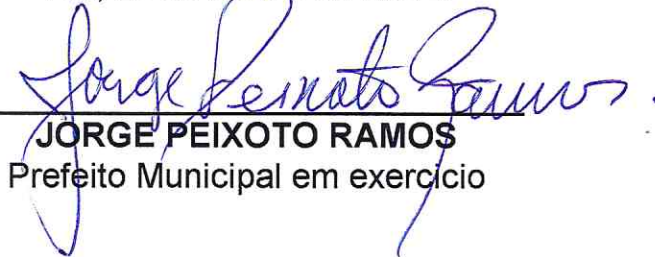
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 28/06/2022, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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.

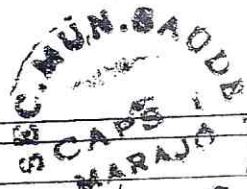
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 28 de Junho de 2022.


JORGE PEIXOTO RAMOS
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:


Adriana Gonçalves Chaves
CPF: 004.410.832-00



1

DO: CAPS Marajó
PARA: U/E Psiquiatria do H. Clinicas Gaspar Uauana

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Bueno Al de Castro MATRÍCULA: S/Nº
IDADE: 44 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Viúva
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 3ª rua, 67, B. São Pedro - Beira Mar ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Sébia Oliveira do Valle PARENTESCO: Sobrinha
ENDEREÇO: Oliveira FONE: 919914427-18

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente esteve internado nessa U/E Psiquiátrica desse H. de Clinicas Gaspar Uauana em 25/4 p.p por 19 dias, após receber melhores e piorou nos 7 dias após a saída em virtude de episódios de llorar agitado, recusa a medicação e não responde a perguntas. (DBS no internado)

CONTINUA 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: _____

