



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 390/2022**

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 do Sr. **ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, 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.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 04/08/2022, 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, 04 de Agosto de 2022.

**JORGE PEIXOTO RAMOS**  
Prefeito Municipal em exercício

**Ciente:**

**ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**  
CPF: 397.982.402-00

GOVERNO DO  
ESTADO DO PARÁ

SER

SER - SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO  
LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE GESTOR SOURE	CNES 6648908
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL METROPOLITANO DE URGENCIA E EMERGENCIA	CNES 3987884

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE JOSIVALDO AVELAR NASCIMENTO		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708402232370166	DATA DE NASCIMENTO 15/02/1989	SEXO Masculino	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL IVANETE DOS SANTOS AVELAR		TELEFONE DE CONTATO	
LOGRADOURO PRAIA DO PESQUEIRO	SN Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO PESQUEIRO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SOURE	CÓD. IBGE MUNICÍPIO 1507904	UF PA	CEP 68870-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
CID 10 PRINCIPAL S068 - Outros traumatismos intracranianos	
CID 10 SECUNDÁRIO S420 - Fratura da clavícula	

PROTOCOLO

## LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

INDICAREM A UNIDADE OU DESCREVER LOCAL ABAIXO: OUTRAS;:

UNIDADE DE SAÚDE onde encontra-se o paciente: HOSPITAL MENINO DEUS.

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, RECEBIDO VIA SISTEMA DE AMBULANCIAS AS 11:30H DE 01/08 DESORIENTADO, MULTIPLAS ESCORIAÇÕES FRATURA NA CLAVICULA, FORTE TRAUMA NA CABEÇA..

**Condições que Justificam a Internação:** TCE LEVE E FRATURA DE CLAVICULA.

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados):** RX, HEMOGRAMA E COVID ANEXOS.

**Observações:** .

PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU LEVE)	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0303040084	
CLÍNICA NEURO - ADULTO	CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	Nº DOCUMENTO CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 529.649.812-72
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JIM REETHER ESPINOZA HUAYANAY	DATA DA SOLICITAÇÃO 01/08/2022	

AUTORIZAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Henrique de Lima Sousa - Médico Regulador	Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR