



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 067/2021

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 na Capital.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para os dias 23/02/2021, 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 Fevereiro de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



ADALBERTO TRINDADE DA COSTA JUNIOR
CPF: 381.488.032-34

Júnia / Cecely VIAGEM em

23/02/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
R. G. R. R. S. S. S.
CEP: 08.870-000
Soure - PA

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Maria de Nazare da Conceicao Oliveira MATRÍCULA: _____
IDADE: 47 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
OCUPAÇÃO: Dolista NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: 10ª Rua TV. 20139 - Pontal ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: 984998779

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente ingressa pelo EMS, apresentando crises hipertensiva / Dor precordial a 13:30 (280/180). Fica internada, ECG / Arritmia Hipertrofia Atrial Diverta / Hipertrofia ventricular e Tag. Sinusal. Encam. Cardiologista

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinosa Jr.
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
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

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____
