



**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 226/2021***

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município de Soure ,  
Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições  
conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** A necessidade do Sra. **RITA DE CASSIA CRAVEIRO RIBEIRO**,  
na função de **TÉCNICA DE ENFERMAGEM**, 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 15/05/2021, 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, 15 de Maio de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**  
Prefeito Municipal de Soure

**Ciente:**

  
\_\_\_\_\_  
**RITA DE CASSIA CRAVEIRO RIBEIRO**  
**CPF: 96653639215**

Rita + Ronaldo (pávido)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863100017  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MUNICÍPIO DE SOURE  
End.: 82 RUA SINA  
CEP: 68.979-000  
Soure - Pará

1

DO: HUS Ulenino Deus

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Glendson Costa Marques MATRÍCULA:

IDADE: 27 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: Autônomo NATURAL:

RESIDÊNCIA: 8º Rua TV 1112 ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: Soure FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente será transferido para UPA pois necessita em caráter de urgência de especialista para retina.

Dr. José Brasil Ferreira  
CRM 2300  
CPF: 043.672.942-34

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM

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: