



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 233/2021**

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 18/05/2021, 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, 18 de Maio de 2021.

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

**Ciente:**

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

Antonio + Kita. 18.05.21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 05 R. S. S. S. S.  
CEP: 68.873-000  
Soure - PA

1 DO: HIS Ilmerno D. D. S.  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: Josilene Pontes Ribeiro MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 36a SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Atendente de loja NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 8ª Rua - ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Soure FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO  
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente necessita de transporte até residência para dar entrada pela UPA. Já mesma está ciente do quadro clínico, por assina termo de responsabilidade.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM-2800  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_