



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 281/2021**

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 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 31/05/2021, 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, 31 de Maio de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal de Soure em exercício

**Ciente:**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.879-000  
Soure - Pa - A

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA:

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Romêla Adriana Gomes Maia MATRÍCULA:  
IDADE: 40 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: Gerente - Pato Combustível NATURAL:  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: 6ª Rua entre 23/24 B. Madalena FONE:

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente acidente de  
trato ortopédico e presença múltiplas de  
fraturas de Joelho  
Encaaminh Ortopedista -  
Traumatologista.

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:  
PARA: Dr. Jun R. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA:  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM  
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3

ENTRADA

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: