



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 344/2021**

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 OLIVEIRA**, 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 03/07/2021, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

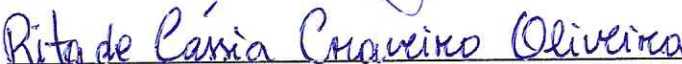
Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure  
Em, 05 de Julho de 2021.

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

**Ciente:**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 66.870-000  
Soure - Pa 6

1

DO: H.M.M.D  
PARA: Hospital Santa Casa Misericórdia

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Ana Karolena Trindade da Luz MATRÍCULA:  
IDADE: 22 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteira  
OCUPAÇÃO: Do lar. NATURAL:  
RESIDÊNCIA: 8: Rua TV: 20/21 Pacoval ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: Ana Jaqueline Silva Trindade PARENTESCO:  
ENDEREÇO: O mesmo. FONE: 99336-7390

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: gestante ± 10sem/dia  
ingressa referendo BCF / Inadequado no USG,  
é forte USG de emg/ não se evidencia  
BCF.  
Enah Enah, obstetricee

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

Sta Casa

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: CID 0021  
PARA: Cod Proced. 0411020013

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: .....

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: