



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 353/2021

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 06/07/2021, 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, 06 de Julho de 2021.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215

Antonio + Kita 06/07/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 0152
MUNICIPAL
SANTO DEUS
End.: 88 Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1 DO: Hospital M. Menino Deus
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Dhaylor Natalia Pereira da Silva MATRÍCULA: _____
IDADE: 18 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: _____ ZONA: URB. RUR
RESIDÊNCIA: _____ PARENTESCO: Mãe
RESPONSÁVEL: Danielle do Socorro Pereira
ENDEREÇO: Quero FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: gestante + 33 semanas
apresenta ameaça parto
precoce
enxame obstétrica

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jam R. Espinosa
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESIDÊNCIA: _____ PARENTESCO: _____
RESPONSÁVEL: _____ FONE: _____
ENDEREÇO: _____

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

MOTIVO: _____
NÃO INTERNADO