



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 430/2021

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 15/08/2021, 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, 16 de Agosto de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



HOSPITAL MUNICIPAL
"SANTO DEUS"
RUA: 18ª RUA S/Nº
CEP: 68.970-000
Soure - Pa

1 DO: H.M.M.D.
PARA: Hospital Belardo Santos

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: [Handwritten Name] MATRÍCULA: [Handwritten]
IDADE: 22 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Rua novo Tucumanduba FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: [Handwritten]
Cit. Genl.

Dr. José Brasil Ferreira
Médico Perito
CRM-2300-PA

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ 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: _____

