



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.º567/2021

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito do Município de Soure e, 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 13/10/2021, 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, 13 de Outubro de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal

Ciente:



RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215

Nota e Nota

REFERÊNCIA Nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Bomardo Nascimento dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 12 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Astericante NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 4ª Rua TV Orlas do Novo ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: Francelma Nascimento dos Santos PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Queiroz FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____
Insuple em U.V. Dr. Haroldo Lima
Medico
CRM/PA: 2788

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

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: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____

