



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 038/2022**

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município 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 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 31/01/2022, 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 Janeiro de 2022.

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

**Ciente:**

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
05.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 88.870-000  
Soure - Pa

1 DO: Residência  
PARA: Hospital Galileu

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Jaene Maria Trindade MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 64 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: 4ª rua, entre TV. 26 e 27, Iboateira FONE: 982091311

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente idosa, rotina de  
quedo em casa, diagnostico de fratura de  
úmero.

Dr. Jim R. Espinoza H  
Médico - Diretor Clínico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE  
 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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

4 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_