



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**CNPJ: 05.133.863/0001-50**  
2ª Rua, N° 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

***PORTARIA N.º 137/2022***

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito do Município, 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 25/03/2022, 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, 25 de Março de 2022.

**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  
255.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 82 Rua 814  
CEP: 68.870-000  
Soure - PA

1

DO: H.M.M.D

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Nexmalva Silva Leal MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 42 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Al. Rds Nonato Bem Futuro Macaxeira FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Suspeita AVC (Hemorragia / Isquemia) Atendimento especializado com neurologista

Dr. Jim Espinoza H  
Médico  
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: \_\_\_\_\_

3

ENTRADA

DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA: .....

<input type="checkbox"/> CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> ACOMPANHADO	<input type="checkbox"/> DESACOMPANHADO
<input type="checkbox"/> ANDANDO NORMAL	<input type="checkbox"/> ANDANDO APOIADO	<input type="checkbox"/> CARREGADO
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> MORTO-SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: