



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 152/2022

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 02/04/2022, 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, 04 de Abril de 2022.

CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215

INFORM 02104/22 JOÃO E

RITA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº

05.133.853/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"

End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1

DO: _____
PARA: _____

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Raimundo Barros dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 54 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Pescador NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 9ª Rua DU. 9120 Matinha ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com queixa de dor abdominal e vômito. História de hipertensão arterial. Qual class.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jan R. Espinoza M.
Médico - Diretor Clínico
CRM-PA: 11452

1

DO: _____
PARA: _____

2

IDENTIFICAÇÃO

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

3

ENTRADA

DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR: _____

4

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____