



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 335/2022

O Sr. **JORGE PEIXOTO RAMOS**, Prefeito do Município de Soure 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.

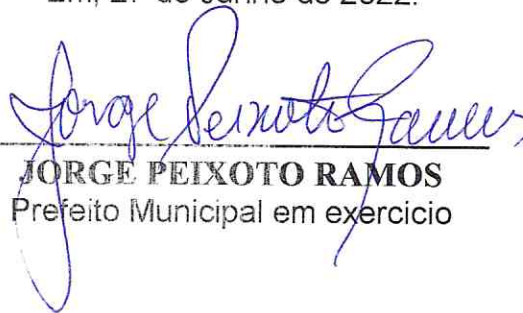
RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 27/06/2022, 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, 27 de Junho de 2022.



JORGE PEIXOTO RAMOS
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:



RITA DE CASSIA CRAVEIRO OLIVEIRA
CPF: 96653639215

Antonio e Rita



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
33.133.8637000
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
Estr.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa /

1

DO: Residência
PARA: Residência

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Idalina Cruz MATRÍCULA: _____
IDADE: 62 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: Soure
RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: Rua Maria Antônia 425 FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente idosa vítima de acidente doméstico em tratamento em Hospital Municipal.

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

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