



**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 341/2022***

O Sr. **JORGE PEIXOTO RAMOS**, 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 29/06/2022, 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, 29 de Junho de 2022.

---

**JORGE PEIXOTO RAMOS**  
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  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
AMBROSINO DEUS  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

1

DO: H.M.M.D

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Flávia Silveira Saraiva Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 50 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

2

RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  R

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: 5ª rua TV 23124 maçozeira FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apurante a ± 3 dias  
haveria dor lombar direita e poluição  
secreta de narinas, vômitos e diarreia  
e mal estar geral. Retere 2do  
episódios de dor lombar  
Enanti UROLOGISTA

CONTRA REFERÊNCIA

[Assinatura]  
Dr. JIM R. RODRIGUES  
Diretor Clínico  
CRM PA. 11452  
CPF. 03.549.812-72

1

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
NA UNIDADE DE ORIGEM

2

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

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  R

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

3

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONS

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E

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

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

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