



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
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
SANTO AMBINO 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 macaxeira FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apurante a ± 3 dias
haveria dor lombos dorsal e poluição
severa de náuseas, vômitos e disúria
e mal estar geral. Retene 2do
episódio de dor lombos
Enanti UROLOGISTA

CONTRA REFERÊNCIA

[Assinatura]
Dr. JIM R. RODRIGUES
Diretor Clínico
CRM PA. 11452
CPF 03.543.812-72

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: _____