



**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 137/2020***

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**,  
Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará,  
Republica Federativa do Brasil, no uso de suas  
atribuições conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** a necessidade da Sra. **RITA DE CÁSSIA CRAVEIRO OLIVEIRA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diárias no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 20/04/2020, 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, 20 de abril de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 20 de abril de 2020.

  
**RITA DE CÁSSIA CRAVEIRO OLIVEIRA**  
CPF: 966.536.392-15



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

5.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

End. 168 Rua S/Nº

CEP: 68.672-000

Soure - Pará

1

DO: H. M. M. D.

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

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Free Espinosa

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO

MASC.

FEM.

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: Médico

ESTADO CIVIL: Casado

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ZONA:  URB.  RUR

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

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

FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Viajante para Realizar  
Exame

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM-13300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

19/04/2020

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

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

2

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO

MASC.

FEM.

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NAUMIDADE DE ORIGEM

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ZONA:  URB.  RUR

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

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

FONE: \_\_\_\_\_

3

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

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

SEMI-CONSCIENTE

MORTO-SINTOMAS E SINAIS

4

OBSERVAÇÕES

MOTIVO: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO