



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 114/2021**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **CARLOS AUGUSTO DE LIMA  
GOUVEA**, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar paciente encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

**RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 30/03/2021, 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.

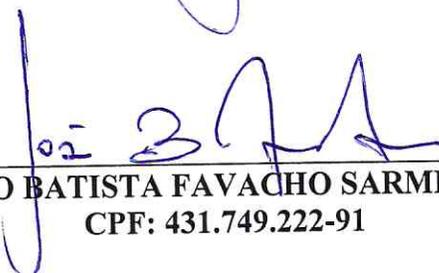
**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**

Em, 30 de Março de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**

Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

  
\_\_\_\_\_  
**JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO**  
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº:



DO: APS J. Marafó  
PARA: H. E. Psiquiátrica do H. Clíneo Gaspar Veloso

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Alexandra Cabral da Conceição MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: 33 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: Doméstica NATURAL: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: 3ª e 4ª Avas. Malaxeira ZONA:  URB.  RUR.  
 RESPONSÁVEL: Alexandra C. de Conceição PARENTESCO: Mãe  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DE ENVIO/ENCAMINHAMENTO: Paciente em Suicídio Psíquico

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.:  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ENTRADA 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: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

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