



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 131/2021**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 08/04/2021, 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, 08 de Abril de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**

Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

  
\_\_\_\_\_  
**JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO**

CPF: 431.749.222-91



*paço*  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**



**REFERÊNCIA Nº**

**5.133.863/00015**  
**HOSPITAL MUNICIPAL**  
**"MENINO DEUS"**

End.: 8ª Rua S/Nº

CEP: 68.879-000

Soure - Pará

**1**

DO: *H.M.M.D*

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

**IDENTIFICAÇÃO**

**2**

NOME: *Paulo Roberto Martins Saraiva* MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

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

Ocupação: *Funcionário público* NATURAL: *Paraense*

RESIDÊNCIA: *10ª rua TV 516 malinha* ZONA:  URB.  RUR

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**MOTIVO**

**3**

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: *Tratamento especializado com cardiologista*

*Dr. José Brasil Ferreira*  
CRM 2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico do Trabalho

**CONTRA REFERÊNCIA**

**1**

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

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

**IDENTIFICAÇÃO**

**2**

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

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

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ 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**

**4**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NÃO INTERNADO**

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

\_\_\_\_\_