



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º257/2021**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **CARLOS AUGUSTO DE LIMA  
GOUVÊA**, 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 24/05/2021, 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, 24 de MAIO de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**  
Prefeito Municipal

Ciente:

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

JOÃO SO 29/05/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº  
153.803/001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 3ª Rua S/Nº  
CEP: 68.879-000  
Soure - Pa - á

1 DO: H. M. M. D  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Marlene Ferreira Vale MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 15 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: estudante NATURAL: Paraense  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: TV 3 entre 819 ruas B/novo FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com infectologia  
gsta  
Encaminh. Proneologista

CONTRA REFERÊNCIA Dr. J. M. Espinoza Jr.  
Médico  
CRM-PA 11452

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_