



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 318/2021**

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 14/06/2021, 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.

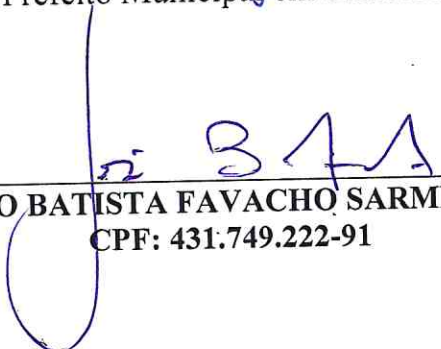
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**

Em, 14 de Junho de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

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

WAGNER em 14/06/21 João



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
END: RUA S/Nº  
CEP: 88.870-000  
Soure - P.A.

1

DO: AMND

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Ernestina Carmezin da Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 40 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Autônoma NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Soure FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: solicitado pedido de sangue para o Remessa, para realizar procedimento cirurgico.

Dr. José Brasil Ferreira  
CRM 2390  
CPF: 043.842.842-34  
Médico do Trabalho

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

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

IDENTIFICAÇÃO

2

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