



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 335/2021**

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 24/06/2021, 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, 24 de Junho de 2021.

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

Prefeito Municipal

Ciente:

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

CPF: 431.749.222-91

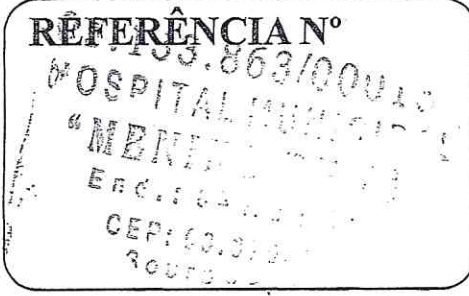
para 20106123-



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



RÉFERÊNCIA Nº



1 DO: Hospital Municipal Merito Deus  
PARA: Hospital Guiche da Mulher

IDENTIFICAÇÃO  
2 NOME: Adalberto Chaves Figueiredo MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 63 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Casado  
OCUPAÇÃO: Esportista NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 9ª Rua TV. 17118 Uniaçã ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: Anderson Chaves Figueiredo PARENTESCO: Filho  
ENDEREÇO: O mesmo FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO  
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
Encomh. Clínica Geel, ff

CONTRA REFERÊNCIA Dr. Jim R. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

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: \_\_\_\_\_

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

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