



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 362/2021**

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 07/07/2021, 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, 07 de Julho de 2021.

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

Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

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

CPF: 431.749.222-91

Taxila / gao

071071001



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/000155X  
HOSPITAL MUNICIPAL  
BENEDITO DEUS  
RUA: 88 RUA S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

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

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Paulo Viter Dias Craveiro MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 16 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Estudante NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 12ª rua TV matinha FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Doente Refere a ± 3 dia  
de dor epigástrica q/ apresenta se local (7º  
ou FID / máe Burney (+++++) Blumer  
(+++++) / Constipação, RHA / Avelido  
leuci 27000, Oncu, Ciberjcc

Dr. Jun A. Espinosa H.  
Médico  
CRM-PA 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: CID - K 35.9  
PARA: Precedo 040702003-9

IDENTIFICAÇÃO

2 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: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

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