



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 364/2021**

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 08/07/2021, 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, 08 de Julho de 2021.

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

Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

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

Carvalho + João 08/09/23



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 88.870-000  
Soure - PA

1 DO: H.M.M.D  
PARA: Hospital Maradei

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Lucelia de Fátima da Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 45 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Do Lar NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Vila do Pesquisador ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: (12552) 2110 FONE: 3345

3 MOTIVO  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente vítima de acidente do mto. apresenta dor intensa no região do tornozelo e dor no presente Inchaço, Hematomas, e diminuição do movimento do membro. Encaminhado para ortopedia

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

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

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: AV CONCEIÇÃO FONE: \_\_\_\_\_

3 ENTRADA  
DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA: Cleber  
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: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
NÃO INTERNADO