



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 386/2021**

O Prefeito Municipal de Soure  
, senhor **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
, 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 26/07/2021, 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, 26 de Julho de 2021.

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

Ciente:

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



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## FICHA DE REFERÊNCIA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**MUNICÍPIO DE SOURE**  
End.: 8ª RUA S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

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

**2** IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Raimunda Tracy da Silva <sup>Vieira</sup> MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 68 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Viúva  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Paraense  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 4ª rua TV 23124 macaxeiro FONE: 983491333

**3** MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente apresenta ferimento 12cm, na região posterior do pé D. (Infectado), áreas de necroses, apresenta edema, e mal cheiro. Preciso de avaliação E. VASCULAR.  
Dr. Maranh - Clínica geral

**CONTRA REFERÊNCIA**  
Dr. J. K. Espinoza H.  
Médico  
CRM-PA 11452

**1** DO: CID -> E135 ID: 4122185 (SER)  
PARA: Preced -> 0303060263

**2** IDENTIFICAÇÃO  
NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3** ENTRADA  
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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_