



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 437/2021**

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 17/08/2021, 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, 17 de Agosto de 2021.

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

Ciente:

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



133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS

End.: 8ª RUA S/Nº

CEP: 68.879-000

Soure - Pa

1

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

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

**IDENTIFICAÇÃO**

2

NOME: Maria Rosa de Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: 81a SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: 9ª Rua TV: 18 Unirizal ZONA:  URB.  RUR

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Exame clínico

Cardio

Dr. José Brasil Ferreira  
Médico Perito  
CRM-2300-PA

**CONTRA REFERÊNCIA**

1

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

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

**IDENTIFICAÇÃO**

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

4

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NÃO INTERNADO**

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