



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 702/2021**

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 27/12/2021, 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.

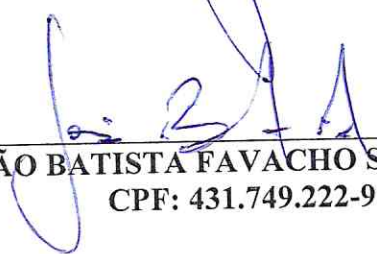
**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**

Em, 27 de Dezembro de 2021.

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

Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: HMMD  
PARA: Residência

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Yessiane Monteiro da Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 38 A SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: Soure ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: TV 21 718 ruas Pacoval FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Fomento por Arma Branca  
com Cota Rgêo Superior Esquerde  
de Sagunto In tenso.

Enoch A. Capelari  
Res. 040

Dr. Jim R. Espinoza H  
Médico - Diretor Clínico  
ORM-PA: 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA N° 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: \_\_\_\_\_

4

OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

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

\_\_\_\_\_