



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 083/2022

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 28/02/2022, 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, 03 de Março de 2022.

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 15
135.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1 DO: Residência
PARA: Residência

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Eduardo Santa Rosa MATRÍCULA: _____
 IDADE: 33 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: Própria ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: 3ª rua, entre 2ª e 3ª TVs, Novo FONE: 984730332

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com cirurgia marcada para 01/03, necessita de remoção hoje.

CONTRA REFERÊNCIA

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

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE
 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

4 _____

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____