



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 087/2022

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 03/03/2022, 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
25.133.863/0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - PA

1

DO: HMD
PARA: Residência

IDENTIFICAÇÃO

2


NOME: Daniel Nogueira dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 42 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Própria ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: TV 25 entre 6ª e 7ª ruas FONE: 985181935

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura de tíbia, a ser tratado cirurgicamente reservado para Hospital Menino Deus em 04/03. Segue hoje para residência.

CONTRA REFERÊNCIA


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

1

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM
RESIDÊNCIA: _____
(MUNICÍPIO RUA Nº 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: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4

MOTIVO: _____

