



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 130/2022**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 21/03/2022, 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, 21 de Março de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**

Prefeito Municipal em exercício

Ciente:

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 370001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

1

DO: Residência  
PARA: Residência

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Romana Barbosa Patoja MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 76 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: Própria ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Novo rua entre TV 8 e 9, Matinho FONE: 983197490

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente idosa com suspeita de tumor no estômago. Segue para a capital para consultas e exames particulares  
Encamh.

Dr. J. R. Espinoza H  
Médico - Diretor Clínico  
GRM-PA: 11452

CONTRA REFERÊNCIA

1

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

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE NA UNIDADE DE ORIGEM  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_