



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 151/2022**

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 02/04/2022, 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.

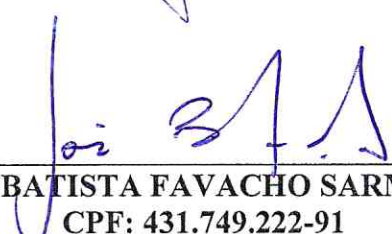
**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**

Em, 04 de Abril de 2022.

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

Prefeito Municipal de Soure

Ciente:

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

*INFORM 02104/22 JOÃO E RITA*



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

05.133.853/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
E. n. d.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

1

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

2

**IDENTIFICAÇÃO**  
NOME: Armando Bruno dos Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 54 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Pescador  
RESIDÊNCIA: 9ª Rua Du. 9110 Matinha NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_

3

**MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:** Paciente com  
demência senil, quadro de  
Alzheimer.

CONTRA REFERÊNCIA

*[Signature]*  
Dr. Jan R. Espinoza M  
Médico - Diretor Clínico  
CRM-PA: 11452

1

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

2

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

3

**ENTRADA**  
DATA: ...../...../..... HORA: ..... RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  
 INCONSCIENTE  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

4

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: NÃO INTERNADO \_\_\_\_\_