



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 163/2022**

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 11/04/2022, 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, 11 de Abril 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  
133.863/00615  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MENINO DEUS  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.079-000  
Soure - PA

1 DO: Residência  
PARA: CUR

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Vitória Grazielle S. dos Santos MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 11 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: Alcione Severino Santos PARENTESCO: Mãe  
ENDEREÇO: TV 14, com 13ª rua, uniarizal FONE: 989943324

MOTIVO  
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente menor e especial, segue para Belim para consultas de rotina  
Curcul

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: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

4 OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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