



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 191/2022**

O Prefeito Municipal de Soure,  
senhor em exercício **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:**

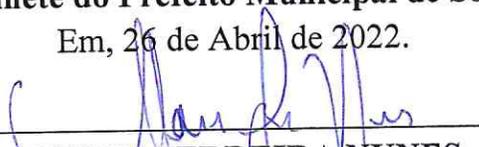
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 26/04/2022, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 26 de Abril 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  
35.133.803/0001  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua SINº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pa

1 DO: H.M.D  
PARA: Porto Dias

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Rhayuri Albar do Silva Costa MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 19 anos SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: 6ª rua entre TV 8 e 9, São Pedro FONE: 991558593

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Naquele referia a ± 3 dias  
dever abdominal, difuso, acompanhado de  
vômitos contínuos, ereto, dispépsia  
matutina geral  
ANTECED. Encaixa. A. Cirúrgica

Apendicite aguda  
+ Gases  
**CONTRA REFERÊNCIA**  
Dr. Jim R. Espinoza M  
Médico - Diretor Clínico  
CRM-PA: 11463

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

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

3 ENTRADA  
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: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
NÃO INTERNADO