



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA Nº 025.1/2018**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

**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:**

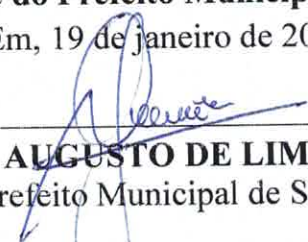
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 20/01/2018, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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**

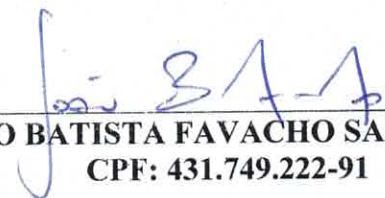
Em, 19 de janeiro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondente a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA. 19 de janeiro de 2018.

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



05.133  
End.: 8ª Rua SIN  
CEP: 68.870-000  
Soure-Pará

1

DO: H.M.M.D  
PARA: Posto Saude Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Suelen Amadeu Gonçalves MATRÍCULA:  
IDADE: 23 A SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: solteira  
OCUPAÇÃO: NATURAL: Paranaíba  
RESIDÊNCIA: Tv 22 entre 15/12 Pacoval ZONA:  URB  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

2

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

Abdoe Distúrdio  
Dr. Abdominal

Encaminh. Clínica M.

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza M.  
Diretor Clínico  
CRM PA: 11452  
CPF: 529.649.812-72

1

DO:  
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

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

3

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

4

OBSERVAÇÃO

MOTIVO:

05.133  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua SIN  
CEP: 68.870-000  
Soure-Pará