



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA Nº 067/2018

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em exercício, 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:

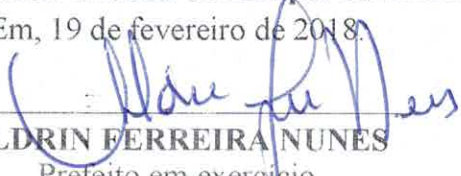
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 19/02/2018, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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 fevereiro de 2018.


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito em exercício

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 fevereiro de 2018.


JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO:

PARA:

Hospital de Referência - Hospital Municipal

133.863/000150
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"

End.: 82 Rua S/Nº

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____

IDADE: 37 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: 12 Rua ... ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

3

Encaminh. Clínica Geral

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico
CRM - A 11452

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL _____ OCUPAÇÃO: _____

RESIDÊNCIA: _____ MUNICÍPIO: _____ ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ENTRADA: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE CARREGADO CONSCIENTE

PRESENTES AO CHEGAR: _____ MORTO - SINTOMAS E SINAIS

4

OBSERVAÇÃO

133.863/000150
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____