



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 180/2019**

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:**

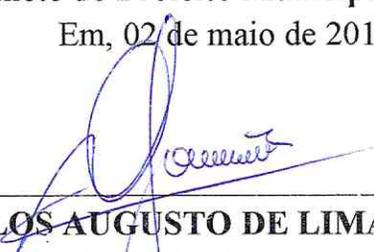
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 02/05/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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**

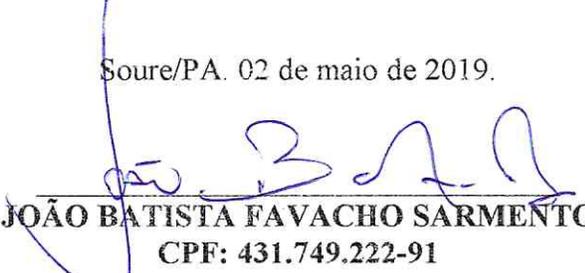
Em, 02 de maio de 2019.

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

**RECIBO**

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

Soure/PA. 02 de maio de 2019.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1 DO: N.m.m.D.

PARA: IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA:

NOME: Carla Beatriz Amigo Figueiredo ESTADO CIVIL:

IDADE: 36 SEXO:  MASC.  FEM. NATURAL: Soure-PA

2 OCUPAÇÃO: RESIDÊNCIA: 6: Rua Tv 23 Macaense ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: PARENTESCO: FONE:

3 ENDEREÇO: MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente com quadro de síncope e histórico de familiares de cefaleia intensa.

H/Ox: HSA  
CO: encaminhado para avaliação pela neurologia/neurocirurgia

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO MATRÍCULA NA UNIDADE DE ORIGEM

NOME: OCUPAÇÃO:

IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: ZONA:  URB.  RUR.

2 RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) LOCALIDADE: PARENTESCO:

RESPONSÁVEL: FONE:

ENDEREÇO:

DATA: / / HORA: ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMANHADO  DESACOMPANHADO

3  ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIENTE

INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: OBSERVAÇÃO NÃO INTERNADO

4 MOTIVO: