



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 248/2019**

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,  
senhor **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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 06/06/2019, 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, 06 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**ALDRIN FERREIRA NUNES**  
Prefeito Municipal em exercício

**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. 06 de junho de 2019.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

183.863/000451

1 DO: H.M.M.D.  
PARA: Santa Casa Misericórdia

HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
END.: 82 RUA S/Nº

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Daiane Ribeiro Figueiredo MATRÍCULA: Pará  
IDADE: 25 A SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: unão Estável  
OCUPAÇÃO: Pescadora Artesanal NATURAL: Pará  
2 RESIDÊNCIA: 6º rua Bem Futuro Macaxeira ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: Mário de Lourdes Ribeiro Figueiredo PARENTESCO:  Mãe  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: 9847856

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tatamento especializado de eclosão pós parto

Dr. J. Brasil Ferreira  
CRM-2300  
CPF: 043.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO  
NOME: 0706 MATRÍCULA \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ENTRADA \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_ NÃO INTERNADO \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_