



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 346/2019

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 30/07/2019, 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, 30 de julho 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. 30 de julho de 2019.

JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO

CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/20015
HOSPITAL MUNICIPAL
END.: 84 RUA SINA
CEP.: 53.275-120

DO: L.M.M.
PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Beandro Carlos Lima MATRÍCULA: _____
 IDADE: 56 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: SOURE - PA
 RESIDÊNCIA: TV 04 entre 9130 malinha ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: Sueli Socorro Araújo Silva PARENTESCO: Companheira
 ENDEREÇO: _____ FONE: 9

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Pe diasetes à D em controle com a carga unocular

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. L. Humberto Daza R.
Cirurgião Geral
CRM-PA 14955

DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

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

OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO