



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 356/2019

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 05/08/2019, 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, 05 de agosto de 2019.

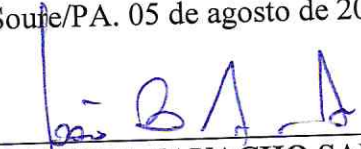


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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. 05 de agosto de 2019.



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 3.553/000157
AL MUNICIPAL
MININO DEUS

End.: 81 Rua S/Nº
CEP: 88.870-000
Soure - Pará

1 DO: Hospital M. Soure

PARA: Hospital Pronto Socorro Municipal

NOME: JADE AMILTON DE M. SILVA IDENTIFICAÇÃO Nº 123456789

IDADE: 19 SEXO: MASC. FEM. MATRÍCULA: 123456789

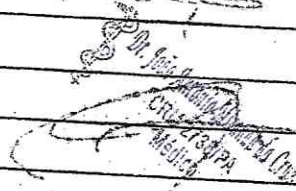
2 OCUPAÇÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteiro

RESIDÊNCIA: 4 Rua Justa Natural: Soure - PA

RESPONSÁVEL: Responsável ZONA: URB. RUR.

ENDEREÇO: PARENTESCO: FONE:

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Atendimento de emergência devido a dor abdominal



CONTRA REFERÊNCIA

DO: PARA:

NOME: IDENTIFICAÇÃO

IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: MATRÍCULA: AL LIDADE DE ORIGEM:

2 RESIDÊNCIA: OCUPAÇÃO: ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: PARENTESCO: FONE:

DATA: / / HORA: ENTRADA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

3 CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
PRESENTES AO CHEGAR: SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO:

MOTIVO: NÃO INTERNADO