



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 336/2019**

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 24/07/2019, 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, 24 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. 24 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  
863/000154  
MUNICIPAL

1 DO: H. H. M. D  
PARA: H. Bauro Barreto

"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Claudenor Reis Silva MATRÍCULA:  
IDADE: 62 A SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL:  
OCUPAÇÃO: NATURAL: Belém - PA  
RESIDÊNCIA: 5ª rua nº 1246 TV 19 centro ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:  
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Pneumopatia crônica a. / Especificar.  
Ao Pneumologista.  
Dr. L. Humberto Daza R.  
Cirurgião Geral  
CRM-PA: 14955

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO:  
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO  
NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORIGEM  
IDADE: SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:  
RESIDÊNCIA: MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO, LOCALIDADE: 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: