



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 593/2019

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 13/12/2019, 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, 13 de dezembro 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. 13 de dezembro de 2019.



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91

na 3312119 - ~~Adriano~~ Tarila / Jacó



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº

103333
863/00015
MUNICIPAL
ADRIANO DEBUS
END.: R. RUS. S/Nº
CEP: 09.079-000
Soure - P. 278

DO: H.M.M.D

PARA: H.G.G. Viana

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Ronaldo Renato Oliveira Leite MATRÍCULA:

IDADE: 62 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: NATURAL:

2 RESIDÊNCIA: 4ª rua - TV 32133 Macaxeira ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Tratamento especializado com car
diologista

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: MATRÍCULA: NATALIDADE DE ORIGEM:

IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL OCUPAÇÃO:

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA
DATA: / / HORA RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: