



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 598/2019**

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 16/12/2019, 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, 16 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. 16 de dezembro de 2019.

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

U.D.A. Tarsila / João dia 16/12/2013 0433.803/00015



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOMES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº  
Nº.: 0407030026  
CEP: 88.078-000  
Somes - Paraná

DO: H.M.M.D

PARA:

NOME: *[Handwritten name]* IDENTIFICAÇÃO

IDADE: *[Handwritten age]* SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: *[Handwritten]* MATRÍCULA:

OCUPAÇÃO: *[Handwritten]* NATURAL: *[Handwritten]*

RESIDÊNCIA: *[Handwritten]* ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: *[Handwritten]* PARENTESCO: *[Handwritten]*

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *[Handwritten]*

Dr. J. Bisol Ferreira  
CRM: 2309  
CPF: 048.672.942-34  
Médico Perito

CONTRA REFERÊNCIA

DO: CID - K 81.9

PARA: Proc → 0407030026

NOME: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE ORIGEM

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ENTRADA \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  
 ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  INCONSCIENTE  SEMICONSCIENTE  
 ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO  CARREGADO  CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_