



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
GABINETE DO PREFEITO

**PORTARIA N.º 025/2020**

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 21/01/2020, 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**

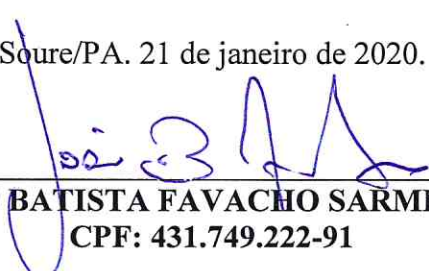
Em, 21 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**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. 21 de janeiro de 2020.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº.

3.863/00015

HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

END.: 07.000.000

CEP: 05.070-000

MATRÍCULA:

1

DO: H. m. m. d.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Gláucia Consuelo Marquesina

IDADE: 72

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

NATURAL: Soure - PE

2

RESIDÊNCIA: TV 22 entre 4150 Rua Alacavens

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Avaliação e Conduta com

Pneumologista

3

Dr. J. Brasiferrreira  
CRM: 2800  
CPF: 043.672.942-24  
Médico Peixe

CONTRA REFERÊNCIA

4

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO

MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação:

2

RESIDÊNCIA:

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) LOCALIDADE

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

ENTRADA

DATA: / /

HORA

RESPONSÁVEL ASSINATURA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMI-CONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: