



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 053/2020

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 17/02/2019, 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, 17 de fevereiro de 2020.


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. 17 de fevereiro de 2020.


JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 000015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 3ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1 DO: H.M.M.D
PARA: Santa casa misericórdia

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Rosineire F. Almeida MATRÍCULA:
IDADE: 21 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteira
OCUPAÇÃO: ZT. NATURAL:
RESIDÊNCIA: 3ª Rua - TV 3 - ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: F. Noni PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Motivo de Obst. Mta. Nasc

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. J. Brasil Ferreira
CRM-2300
CPF: 043.672.942-34
Médico Pronto

1 DO:
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: MATRÍCULA:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
(MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 ENTRADA
DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENT
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINA
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: