



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 126/2020

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 31/03/2019, 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, 31 de março de 2020.



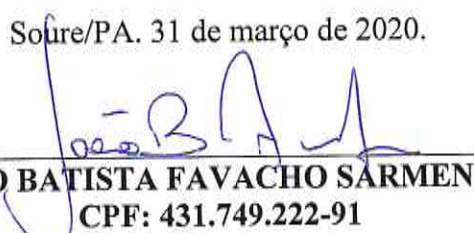
CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA

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. 31 de março de 2020.



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
5.133.863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: R. RUA S/N

CEP: 68.879-000
Roure - Pará

1

DO: H. m. m. d.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Altelson Heval da Conceição MATRÍCULA:
IDADE: 39. SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO: NATURAL: Soure - Pa.
RESIDÊNCIA: R. Bem Futuro ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente cardiopata, ingressa apresentando
dispnéia severa, dor pré-cardíaca, Cardiomegalia
quadro hipertensivo, náuseas, vômitos, mal estar
Ench. Cardiologista

CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza H.
Médico
CRM-PA 11452

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: MATRÍCULA:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

3

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

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

MOTIVO: