



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 047/2021

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\$ 100,00 (cem reais) para o dia 16/02/2021, 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.

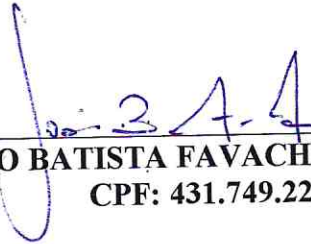
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 16 de Fevereiro de 2021.


ALDRIN FERREIRA NUNES

Prefeito Municipal em exercício

Ciente:


JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

133.863/2001
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
R. D. FERREIRA STRE
C.P. 13.179-000
SOURE - PA

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: Hospital Maradei

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Francisco Silva Nascimento MATRÍCULA: _____
 IDADE: 50 Anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: Cayu-una ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: vítima de queda da própria altura, com trauma perna direita, apresentando ao Rx fratura da tíbia; precisa de avaliação e conduta com traumatologista

Dr. J. BRASILE FERREIRA
CRM 2300
CPE 0362.942-34
GOIÁS GERAL

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 RESIDÊNCIA: _____ 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 É SINAIS
 PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4 _____
 MOTIVO: _____