



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 069/2021

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\$ 100,00 (cem reais) para o dia 25/02/2021, 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, 25 de Fevereiro de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA

Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO

CPF: 431.749.222-91

Tarsila 13000



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 1
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua 37m
CEP: 68.879-000
Soure - Pa

1 DO: H.M.M.D
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Maria Neli Barros Barboza MATRÍCULA: _____
IDADE: 75 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Aposentada NATURAL: Paranaense
RESIDÊNCIA: 7ª rua TV 516 Bl novo ZONA: URB.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente Apresenta a J. de
episcólicas de sangramento anal / Hemor
de mauete ep guarda de / gastro
MOTIVO
Encarb. GASTRO

CONTRA REFERÊNCIA
Dr. J.M.R. Espinosa
Médico
CRM-PA 11452

1 DO: _____
PARA: _____

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

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

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____
