



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 204/2021

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 06/05/2021, 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.

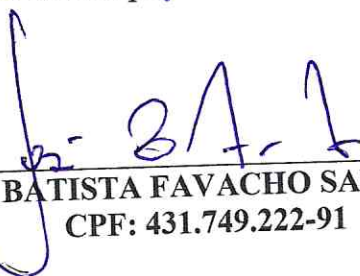
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 06 de Maio de 2021.



ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal de Soure em exercício

Ciente:



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91

João Viagem

06105121
REFERÊNCIA Nº
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS
End.: 82 Rua S/Nº
CEP: 68.879-000
Soure - Pa. - B.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1 DO: HMS Menino Deus
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: Joelda Sarmiento Beito MATRÍCULA: _____
IDADE: 36 SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: entre 2º e 3º - Bairro NOVO ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: soure FONE: _____

MOTIVO
3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente necessita de avaliação para exame de tomografia.

Dr. José Brasil Ferreira
CRM 2300
CPF: 043.672.942-34

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO
2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
RESIDÊNCIA: _____ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) 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: _____
MOTIVO: _____
NÃO INTERNADO