



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 292/2021

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,
senhor **CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVÊA**, 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 06/06/2021, 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.

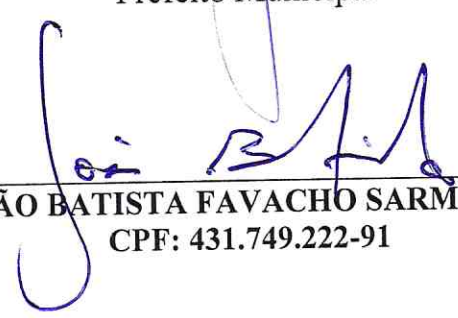
Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 06 de Junho de 2021.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA
Prefeito Municipal

Ciente:



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

2.133.863/00015:
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa - 4

1

DO: Hospital Municipal Menino Deus

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: Priscila Freitas MATRÍCULA: _____

IDADE: _____ SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: Conselheira Tutelar NATURAL: _____

RESIDÊNCIA: Soure ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

Eucen H. Trunka

CONTRA REFERÊNCIA

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

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: _____ MATRÍCULA: _____
NA UNIDADE DE ORIGEM

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

4

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

