



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 151/2022

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:

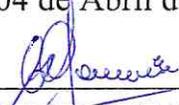
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 100,00 (cem reais) para o dia 02/04/2022, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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

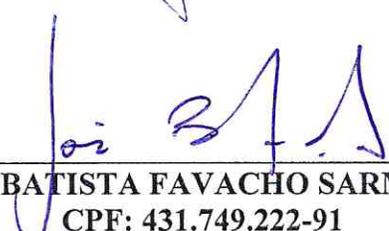
Em, 04 de Abril de 2022.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA

Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91

INFORM 02104/22 JOÃO E RITA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
05.133.853/00015
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
E.nd.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pa

1 DO: _____
PARA: _____

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Armando Bruno dos Santos MATRÍCULA: _____
IDADE: 54 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Pescador NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: 9ª Rua Du. 9120 Mateus ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Acidente MOTIVO
de queda
de uma escada
de madeira
na casa
de sua mãe
que morreu
há alguns
anos

CONTRA REFERÊNCIA

[Signature]
Dr. Jan R. Espinoza M
Médico - Diretor Clínico
CRM-PA: 11452

1 DO: _____
PARA: _____

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

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

4 OBSERVAÇÕES: _____
MOTIVO: NÃO INTERNADO _____