



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 160/2022

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 08/04/2022, 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.

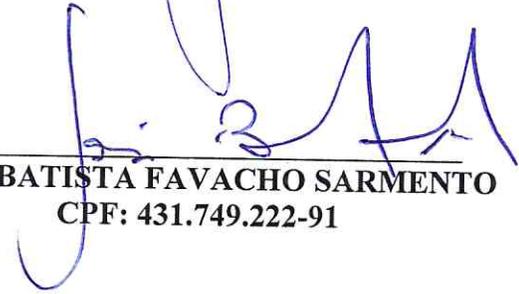
Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure
Em, 08 de Abril de 2022.



CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

Ciente:



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



João e Adriana

REFERÊNCIA Nº 1
05.133.0001
HOSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.879-000
Soure - Pa

1 DO: HMD
PARA: HC

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Marielene Hebe Lima MATRÍCULA: _____
IDADE: 53 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Do Lar RESIDÊNCIA: _____ NATURAL: Soure
RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR
ENDEREÇO: 6ª rua entre TV 29 e 30, Macaxeira PARENTESCO: _____ FONE: _____

3 MOTIVO
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente com quadro de dispneia, histórico de problemas respiratórios. Segue para Hospital de Clínicas para continuação do tratamento

Enranci. Prandizete
CONTRA REFERÊNCIA

Dr. Jim R. Espinoza R
Médico - Diretor Clínico
CRM-PA: 11433

1 DO: _____
PARA: _____

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

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

4 OBSERVAÇÕES: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____