



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**CNPJ: 05.133.863/0001-50**  
2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

**PORTARIA N.º 062.2/2018**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, Republica Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**, na função de motorista, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 11/02/2018, 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**

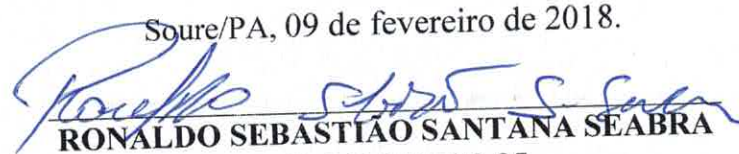
Em, 09 de fevereiro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVÊA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondente a 01 (uma) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 09 de fevereiro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA**  
CPF: 362.244.302-25

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

TEMPO de DOENÇA DIAS Data de Início \_\_\_\_\_ FORMA de INÍCIO  SÚBITO  INSIDIOSO EVOLUÇÃO  RÁPIDA  LENTA

HISTÓRIA de CONTÁGIO:  DOMICILIAR  EXTRADOMICILIAR  IGNORADA PRÉ-NATAL  SIM  NÃO

ORDEM DE GESTAÇÃO .....  IGNORADO Nº de ABORTOS ..... TOXEMIA PRESENTE  SIM  NÃO

ANATOX TETÂNICO:  DOSE COMPLETA  DOSE INCOMPLETA  NENHUMA TRATAMENTO para SÍFILIS  SIM  NÃO

HEMORRAGIA  SIM  NÃO TEMPO de GESTAÇÃO ..... SEMANAS ALTURA do FUNDO do ÚTERO ..... em BCF/min.....

SITUAÇÃO do FETO:  LONGITUDINAL  TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO do FETO:  CEFÁLICA  CÔRMICA  PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: *Vitima de queda*

*da mesma altura com trauma do antebraço direito*

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: *Fratura funcional do M5D*

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: *Rx + referencia*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *Fratura Antebraço direito*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: *Fratura*

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPAGEM SANGUÍNEA RH \_\_\_\_\_ ABO \_\_\_\_\_ HEMÁCEAS \_\_\_\_\_ mm<sup>2</sup>

HB \_\_\_\_\_ G% LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> HEMATOCRITO \_\_\_\_\_ %

VDRL \_\_\_\_\_ PESQUISA de BAAR (ESCARRO) \_\_\_\_\_ FEZES (DIR) \_\_\_\_\_

URINA \_\_\_\_\_ PROTEÍNAS \_\_\_\_\_ SUBS. REDUTORAS \_\_\_\_\_ SEDIMENTO \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

*Medico* 2979 11/2/18  
NOME/CARIMBO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: \_\_\_\_\_

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S): \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS: \_\_\_\_\_

SUGESTÕES para CONTINUIDADE do TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

INTERNAÇÃO

ASSINATURA DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ CLÍNICA:  GINECO-OBSTÉTRICA  PEDIÁTRICA

MÉDICA  CIRÚRGICA  PSIQUIÁTRICA TIPO DE GESTAÇÃO  ÚNICA  DUPLA  MÚLTIPLA

TIPO DO PARTO:  NORMAL  COM EPISIOTOMIA  SEM EPISIOTOMIA  LAÇERAÇÃO  DISTÓCICO  CESÁRIA  FÓRCEPS  
INDICAÇÃO

COMPLICAÇÕES  ECLANPSIA  HEMORRAGIA  INFECÇÃO PUERPERAL  OUTROS

CONDIÇÕES do FETO:  VIVO  NATIMORTO  NEOMORTO ALTA: DATA \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

TIPO de ALTA:  CURADO  MELHORADO  ÓBITO  TRANSFERÊNCIA  A PEDIDO  FUGA  OUTRO

9 ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE \_\_\_\_\_ CARIMBO SAM \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_





**1** DO: Hospital Pequena Jesus  
PARA: Unid. SB Casa Família

**2** NOME: Martim Sacramento MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 24 A. SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: 3º Turma - TV 12 - Bairro Centro NATURAL: Soure  
RESIDÊNCIA: Rua: 6106.239.505.10300080 4855616. ZONA:  URB  RUR.  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**3** MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: MOTIVO TV e reavaliação.  
Proc: 03.03.10.0028.  
cm: 015.0

**CONTRA REFERÊNCIA**

**1** DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

**2** NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE ORIGEM  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.:  FEM. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

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

**4** OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_