



**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 464/2019***

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

**CONSIDERANDO:** a necessidade do Sr. **ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**, 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 24/09/2019, 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, 24 de setembro de 2019.

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

**RECIBO**

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

Soure/PA, 24 de setembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**ANTONIO CARLOS DOS SANTOS NUNES**  
CPF: 397.982.402-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 3 863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000  
Soure - Pará

1  
Paciente

DO: H. M. M. D.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Cleber Freitas Nascimento MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 34 anos SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
2 RESIDÊNCIA: Trav. 33 entre 4ª e 5ª Aves. ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: falta de serviço especializado e/ou  
exploração produtiva e 100

CONTRA REFERÊNCIA

1  
Paciente

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
2 RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB.  RUR.  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

3 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

- ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  SEMI-CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SINAIS  
 INCONSCIENTE  ACOMPANHADO  CARREGADO  CONSCIENTE  
 DESACOMPANHADO

PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: \_\_\_\_\_

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: *idoliz. aguda, distúrbio de consciência, náusea, vômito, febre 38.5, pressão arterial 150/90, pulso 110, saturação de O2 95%, exames de sangue e urina normais, exames de imagem normais. Tratado com penicilina e analgésicos. Evoluiu para melhora.*

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: *penicilina 1.200.000 UI + 800mg de analgésico*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *Pirexia e febre de origem infecciosa*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPOEM SANGÜÍNEA RH: \_\_\_\_\_ ABO \_\_\_\_\_ HEMÁCIAS \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

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

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

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

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6 *[Signature]* NOME e CARIMBO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ DATA *22.09.*

ATENÇÃO PRESTADA

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

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

7 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

8 TIPO DO PARTO:  NORMAL  COM EPISIOTOMIA  SEM EPISIOTOMIA  LACERAÇÃO  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  OUTRC

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