



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA N.º 571/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 28/11/2019, 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, 28 de novembro de 2019.

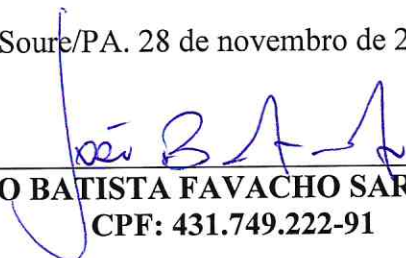


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

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

Soure/PA. 28 de novembro de 2019.



JOÃO BATISTA FAVACHO SARMENTO
CPF: 431.749.222-91

QUEIXA PRINCIPAL: u 14 abrigada e abalada

TEMPO de DOENÇA DIAS Data de início _____ FORMA de INÍCIO: SÚBITO INSIDIOSO EVOLUÇÃO: RÁPIDA

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: claudicação na perna esquerda

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: antibiótico + anti-inflamatório

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

HEMAGEM SANGÜÍNEA RH: _____ ABO _____ HEMÁCIAS _____

HE _____ G% LEUCOCITOS _____ HEMATOCRITO _____

VDZ _____ PESQUISA de BAAR (ESCARRO) _____ FEZES (DIR) _____

URINA PROTEÍNAS _____ SUBS. REDUTORAS _____ SEDIMENTO _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

NOME/CARIMBO

CARGO

CRM

DATA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

ATENÇÃO PRESTADA _____

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 LACERAÇÃO DISTÓCICO CESÁRIA FÓRCEPS

COMPLICAÇÕES ECLÂPSIA HEMORRAGIA INFECÇÃO PUERPERAL OUTROS

CONDIÇÕES do FETO: VIVO NATIMORTO NEOMORTO ALTA: DATA ____/____/____ HORA: ____:____

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

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE _____ CARIMBO SAM _____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

Regulado e Autorizado p/ Traveco



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REGISTRO: 22.868/000157
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS

END.: GEREN. S/MS
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

1

DO: H.M.M.D

PARA: Frente Social Geral

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Marcos A. M. F. MATRÍCULA: _____

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

Ocupação: _____ NATURAL: Soure - Pa.

2

RESIDÊNCIA: Tucuruá ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Falta de serviço ortopedico
fratura completa dos ossos da perna

3

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

2

RESIDÊNCIA: _____ ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

ENTRADA

DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO: _____

4