



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 573/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício, senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, no uso de suas atribuições legais,

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, encaminhada 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.

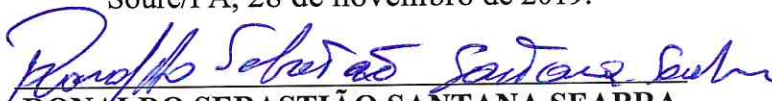


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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.



RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25

Regulado e autorizado p/ Traves



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



33.863/000157
HOSPITAL MUNICIPAL
"MININO DEUS"

END.: SERVIDOR 2145
CEP: 68.376-000
Soure - Pará

1 DO: H.M.M.D
PARA: Pronto Socorro Municipal

IDENTIFICAÇÃO
NOME: Marcos A. F. M. MATRÍCULA:
IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: NATURAL: Soure - Pa.
2 RESIDÊNCIA: Sucessoanduba ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO
3 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Falta de serviço ortopedico
fratura completa do osso da perna
esquerda

CONTRA REFERÊNCIA

4 DO:
PARA:

IDENTIFICAÇÃO
NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE ORÇ.
IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: OCUPAÇÃO:
2 RESIDÊNCIA: MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA
3 DATA: / / HORA: 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:

QUEIXA PRINCIPAL: u 14 abrigados e abalados

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: du perda ESO. Edmundo de Almeida

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAME SANGÜÍNEO RH: _____ ABO _____ HEMÁCIAS _____

HE _____ G% LEUCÓCITOS _____ HEMATOCRITO _____

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

URINA _____ PROTEÍNAS _____ SUBS. REDUTORAS _____ SEDIMENTO _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Nome/Carimbo: [Assinatura] CARGO _____ CRM _____ DATA: 27/11/19

ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: _____

TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S): _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

SUGESTÕES para CONTINUIDADE do TRATAMENTO: _____

INTERNAÇÃO

ASSINATURA DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

MÉDICA CIRÚRGICA PSIQUIÁTRICA GINECO-OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

TIPO DE GESTAÇÃO: ÚNICA DUPLA MÚLTIPLA

TIPO DO PARTO: NORMAL COM EPISIOTOMIA SEM EPISIOTOMIA LACERAÇÃO DISTÓCICO CESÁRIA FÓRCEPS

INDICAÇÃO: _____

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 _____