



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 009/2020

O Prefeito Municipal de Soure, senhor
CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA, 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 08/01/2020, 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 janeiro de 2020.

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) diária de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 08 de janeiro de 2020.

RONALDO SEBASTIÃO SANTANA SEABRA
CPF: 362.244.302-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIA Nº
33.863/000157
HOSPITAL MUNICIPAL
GENTINO DEUS
Edu. 181 RUA SIN
GEP: 68.879-000
Soure - Pará

H.M.M.D

Hospital Santa Fide Misericórdia

NOME: Camila Campos Ramos IDENTIFICAÇÃO: _____
 IDADE: 22 anos SEXO: MASC. FEM. MATRÍCULA: _____
 OCUPAÇÃO: DO lar ESTADO CIVIL: _____
 RESIDÊNCIA: Rua Elmano NATURAL: Soure, PA
 RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR.
 ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
 FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: em busca de obstetra

CONTRA REFERÊNCIA

PARA: _____

NOME: _____ IDENTIFICAÇÃO: _____
 IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. MATRÍCULA: _____
 RESIDÊNCIA: _____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____
 RESPONSÁVEL: _____ ZONA: URB. RUR.
 ENDEREÇO: _____ PARENTESCO: _____
 FONE: _____

HORA: _____ ENTRADA: _____
 RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
 TIPO DE CHEGADA DO PACIENTE:
 NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 INCONSCIENTE ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 SEMI-CONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

OBSERVAÇÃO: _____
 MOTIVO: NÃO INTERNADO

QUEIXA PRINCIPAL:

TEMPO de DOENÇA DIAS: Data de início

HISTÓRIA de CONTÁGIO:

ORDEM DE GESTAÇÃO:

ANATOX TETÂNICO:

HEMORRAGIA

SITUAÇÃO do FETO

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS:

at dor nos membros inferiores, com início há 10 dias, acompanhada de febre e mal-estar. Tratado com antibióticos sem melhora.

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO:

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPOAGEM SANGÜÍNEA RH

ABO

HEMATÓCITOS

Hb

9% LEUCOCITOS

PLAQUETAS HEMATOCRITO

VDR

PESQUISA de BAAR (ESCARRO)

ESTER (UR)

URINA

PROTEÍNAS

CRU

SUBS. REDUTORAS

SEDIMENTO

CPF: 043.072.842-34
Médico Perito

NOME/CARIMBO

CARGO

CRM

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

MÉDICA

CIRÚRGICA

PSIQUIÁTRICA

TIPO DE GESTAÇÃO

ÚNICA

DUPLA

TIPO DO PARTO: NORMAL

COM EPISIOTOMIA

SEM EPISIOTOMIA

LACERAÇÃO

DISTÓCICO

CESÁRIA

INDICAÇÃO

FÓRCEPS

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

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

CARIMBO SAM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL