



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 032/2020**

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 28/01/2020, 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**

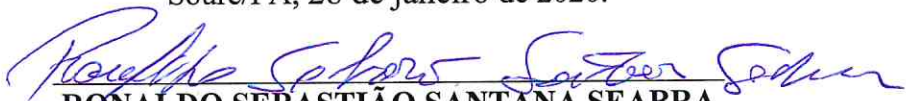
Em, 28 de janeiro de 2020.

  
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 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  
5.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua S/Nº  
CEP: 68.870-000

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: Fundação Sts Casa Municipal

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Carolina Queiroz do Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 24. SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure - Pa  
RESIDÊNCIA: R. Base 21/22 Zona:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Gestante e p/ 35.55 HSA  
dia 29/07/20. A presc do S.T.V.  
02/10/20

CONTRA REFERÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) 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  SEMI-CONSCIENTE  MORTO-SINTOMAS E SINAIS  
PRESENTES AO CHEGAR: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

4 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÃO INTERNADO

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



### DADOS CLÍNICOS

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

TEMPO de DOENÇA DIAS Data de Início    /    /    FORMA de INÍCIO:  SÚBITO  INSIDIOSO EVOLUÇÃO:  RÁPIDA  LENTA

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

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

ANATOX TETÂNICO:  DOSE COMPLETA  DOSE INCOMPLETA  NENHUM 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: Logoréia, voz rouca, cefaleia

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: antibiótico, analgésico

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: D. P. R. Fevridão

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: \_\_\_\_\_

### EXAMES COMPLEMENTARES

5 TIRAGEM SANGÜÍNEA RH \_\_\_\_\_ ABO \_\_\_\_\_ HEMÁCEAS \_\_\_\_\_ mm<sup>2</sup> %  
HB \_\_\_\_\_ G% LEUCÓCITOS \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> HEMATÓCRITO \_\_\_\_\_ %  
VDRL \_\_\_\_\_ PESQUISA de BAAR (ESCARRO) \_\_\_\_\_ FEZES (DIR) \_\_\_\_\_  
URINA \_\_\_\_\_ PROTEÍNAS \_\_\_\_\_ SUBS. REDUTORAS \_\_\_\_\_ SEDIMENTO \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6

NOME CARGO CRM

CARGO

CRM

DATA 29/01/20

### ATENÇÃO PRESTADA

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

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

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

INTERCORRÊNCIAS: \_\_\_\_\_

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

### INTERNAÇÃO

8 ADMISSÃO: DATA ..... / ..... / ..... HORA ..... LEITO ..... CLÍNICA  GINECO-OBSTÉTRICA  PEDIÁTRICA  
 MÉDICA  CIRÚRGIA  PSIQUÁTRICA  TIPO DE GESTAÇÃO  ÚNICA  DUPLA  MÚLTIPLA  
TIPO do PARTO  NORMAL  COM EPISIOTOMIA  SEM EPISIOTOMIA  DIAGNÓSTICO  CESÁRIA .....  
 LACERAÇÃO  FORCEPS  
COMPLICAÇÕES  ECLAMPISIA  HEMORRAGIA  INFECÇÃO PUERPERAL  OUTROS  
CONDIÇÕES do FETO:  VIVO  NATIMORTO  NEOMORTO ALTA: DATA ..... HORA .....  
TIPO de ALTA  CURADO  MELHORADO  ÓBITO  TRANSFERÊNCIA  A PEDIDO  FUGA  OUTRAS

9

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

CARIMBO SAM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL