



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 463/2019

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

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente encaminhado pelo Hospital Municipal “Menino Deus” em busca de tratamento, 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.

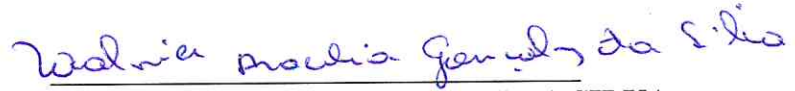


CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

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

Soure/PA, 24 de setembro de 2019.



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº 863/00015
HOSPITAL MUNICIPAL

MENINO DEUS
End.: 8ª Rua S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - Pará

DO: H. m. m. d.

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

1 NOME: Cleber Santos Nascimento MATRÍCULA: _____

2 IDADE: 34 anos SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____

3 RESIDÊNCIA: Trav. 31 entre 4ª e 5ª Aua. ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: falta de serviço especializado e/ou exames preventivos e 100

3

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

1 NOME: _____ MATRÍCULA: _____ NA UNIDADE DE SAÚDE

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

RESIDÊNCIA: _____ MUNICÍPIO, RUA Nº E BARRIO: LOCALIDADE: _____ ZONA: URB. RUR.

RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

3 DATA: / / HORA: _____ ENTRADA RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

INCONSCIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CARREGADO

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: CÉFALICA CÓRMICA PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: *idela puerperal de início de 2 dias após parto, febre alta, 38.5°C, 1.6. 19.8h, dor no abdome inferior, fezes com muco e sangue, 10/30: 12-140/50-80*

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: *antibiótico + analgésico*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *Pirose e fratura do sistema digestivo*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPAGEM SANGÜÍNEA RH: _____ ABO: _____ HEMÁCIAS: _____ mm²
HB: _____ G% LEUCOCITOS: _____ mm³ HEMATOCRITO: _____ %
VDRL: _____ PESQUISA de BAAR (ESCARRO): _____ FEZES (DIR): _____
URINA: _____ PROTEÍNAS: _____ SUBS. REDUTORAS: _____ SEDIMENTO: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

NOME e CARIMBO: _____ CARGO: _____ CRM: _____ DATA: 27/09/11

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 PEDIÁTRICA
 MÉDICA CIRÚRGICA PSIQUIÁTRICA TIPO DE GESTAÇÃO: ÚNICA DUPLA MÚLTIPLA

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 OUTRO

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