



**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 567.1/2019***

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito Municipal de Soure em exercício, 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 03 (três) diárias no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais) para o dia 22 e 25 a 26/11/2019, 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, 22 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\$ 180,00 (cento e oitenta reais), correspondentes a 03 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 22 de novembro 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

25.133-  
HOSPITAL  
"MENINO DEUS"

END.: 84  
CEP: 68.600-000  
Soure - Pará

DO: H. M. M. D.

PARA: Pronto Socorro Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Pedro Henrique Nascimento Silva

IDADE: 1 ano 10m

SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

NATURAL: Soure - Pa

RESIDÊNCIA: 11-Res SV 9110

geatueho

ZONA: ☒ URB. ☐ RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

FONE:

ENDEREÇO:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Intoxicação e Condição Cori  
Cirurgia febre

25.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"

END.: 84 RUA SIN

CEP: 68.679-000  
Soure - Pará

CONTRA REFERÊNCIA

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA

NA UNIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO

☐ MASC. ☐ FEM.

ESTADO CIVIL

Ocupação:

RESIDÊNCIA:

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

ZONA: ☐ URB. ☐ RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

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:

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: ☐ CEFÁLICA ☐ CÔRMICA ☐ PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: Alguns apresentando vômito

evolução com sangue, abdome distendido, dor a palpitação no fesse e haco

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: Rx do phdomeen, USG Abdomeen

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: \_\_\_\_\_

### EXAMES COMPLEMENTARES

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

### RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6 Dr. Moisés P. Ralof Aldeco 23.11.19  
 NOME \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

### 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 ☐ DISTÓCICO ☐ CEFÁLICA ☐ CÔRMICA ☐ PÉLVICA  
☐ LACERAÇÃO ☐ FORÇEPS ☐ 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

9 \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE \_\_\_\_\_ CARIMBO SAM \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_