



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 569/2019

O Sr. **ALDRIN FERREIRA NUNES**, Prefeito do Município de Soure em exercício, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado 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 25/11/2019, 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, 25 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, 25 de novembro de 2019.



PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



DO: Hospital Municipal Menino Deus
PARA: Posto Secoano Municipal de Saúde 14 de Outubro e Guaraná

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Maria Carolina Fracato dos Santos MATRÍCULA: _____
 IDADE: 22 SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
 OCUPAÇÃO: _____ NATURAL: _____
 RESIDÊNCIA: 13ª Aux Entas Travessas 20 e 21 B. União ZONA: URB. RUR
 RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
 ENDEREÇO: P.Sus: 203.2617.1759.0058 FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Falta de Serviço Orto
P.O. 10

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

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

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

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

INCONSCIENTE

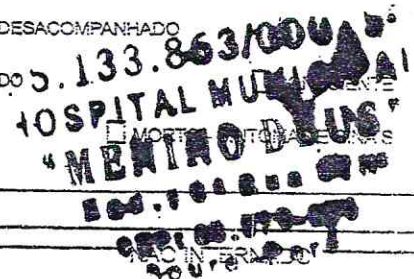
SEMI-CONSCIENTE

CARREGADO

PRESENTES AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

MOTIVO: _____



QUEIXA PRINCIPAL: sequecimento e mobilidade no abdômen

TEMPO DOENÇA DIAS Data de início _____ FORMA de INÍCIO: SÚBITO INSIDIOSO EVOLUÇÃO: RÁPIDA LENTA
HISTÓRIA de CONTÁGIO: DOMICILIAR EXTRADOMICILIAR IGNORADA* PRÉ-NATAL SIM N
ORDEM de GESTAÇÃO: _____ IGNORADO Nº de ABORTOS _____ TOXEMIA PRESENTE SIM N
ANATOX SIFÍTICO: DOSE COMPLETA DOSE INCOMPLETA NENHUMA TRATAMENTO para SÍFILIS SIM N
HEMORRÁGIA: SIM NÃO TEMPO de GESTAÇÃO: _____ SEMANAS ALTURA do FUNDO do ÚTERO 22 / em BCF/min _____
SÍMPTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: sequecimento e mobilidade
 LONGITUDINAL TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO do FETO: CÉFALICA GÔRMICA PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: sequecimento e mobilidade

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: materna completa tipo 2-2-2
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

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

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

NOME: Dr. J. R. R. R. 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
MÉTODO de PARTO: NORMAL COM EPISIOTOMIA SEM EPISIOTOMIA LACERAÇÃO DISTÓCICO CESÁRIA FÓRCEPS
INDICAÇÃO: _____

COMPLICAÇÕES: ECLÂMPSIA HEMORRÁGIA INFECÇÃO PUERPERAL OUTROS
CONDIÇÃO 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 _____