



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 572/2019

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 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 28/11/2019, 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, 28 de novembro de 2019.

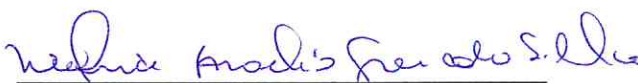


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal em exercício

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, 28 de novembro de 2019.



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF: 830.962.642-87

Regulado e autorizado p/ Tracess



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



32-869/000157
HOSPITAL MUNICIPAL
MENINO DEUS

END.: 08.200.0100
CEP: 68.975-000
Soure - Pará

1

DC: H.M.M.D

PARA: Pronto Socorro Municipal

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Marcos A. A. F. M. MATRÍCULA:

IDADE: SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL:

Ocupação: NATURAL: Soure - Pa.

2

RESIDÊNCIA: Tucacanduba ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

MOTIVO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Falta de serviço ortopedico
fratura completa do osso da perna

3
7

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MATRÍCULA: NA UNIDADE DE SAÚDE

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

2

RESIDÊNCIA: ZONA: URB. RUR

RESPONSÁVEL: PARENTESCO:

ENDEREÇO: FONE:

ENTRADA

DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE ACOMPANHADO DESACOMPANHADO

3

ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE

INCONSCIENTE SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO

MOTIVO:

QUEIXA PRINCIPAL: ruiva IV abortivo e obaleto

TEMPO de DOENÇA DIAS Data de início _____ FORMA de INÍCIO: SÚBITO INSIDIOSO EVOLUÇÃO: RÁPIDA

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 GÔRMICA PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: Edema da mão direita e
da perna ESQ.

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: Acetaminofeno + anti-inflamatório
+ metoclopramida

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPOAGEM SANGÜÍNEA RH _____ ABO _____ HEMÁCIAS _____

HB _____ G% LEUCOCITOS _____ mm3 HEMATÓCRITO _____

VOPL _____ PESQUISA de BAAR (ESCARRO) _____ FEZES (DIR) _____

URINA _____ PROTEÍNAS _____ SUBS. REDUTORAS _____ SEDIMENTO _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Nome/CARIMBO: Dr. André R. Raol CRM 1730

CARGO _____ CRM _____ DATA: 27/11/19

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 _____ INDICAÇÃO _____

FÓRCEPS

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

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