



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 590/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, no
uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. **TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS**,
na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão,
com a finalidade de buscar sangue no HEMOPA 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 10 a 13/12/2019, 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, 10 de dezembro 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, 10 de dezembro de 2019.



TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



1 DO: UMD
PARA: Hernandes

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Jairilda Anastasia de Jesus MATRÍCULA: _____
IDADE: 96a SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO: Seisongora NATURAL: _____
RESIDÊNCIA: Devoe ZONA: URB. RUR.
RESPONSÁVEL: _____ PARENTESCO: _____
ENDEREÇO: 5ª Rua 8407 Devoe FONE: _____

3 MOTIVO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Hernandes / Posto de saúde

CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____
PARA: _____

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

3 ENTRADA
DATA: ____/____/____ HORA: _____ RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO SEMICONSCIENTE MORTO - SINTOMAS E SINAIS
 INCONSCIENTE CARREGADO CONSCIENTE
 ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
PRESENTES AO CHEGAR: _____

4 OBSERVAÇÃO: _____ NÃO INTERNADO
MOTIVO: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

TEMPO de DOENÇA DIAS Data de inicio / / FORMA de INICIO: 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/ml
SITUAÇÃO do FETO LONGITUDINAL TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO do FETO: CÉFALICA CÓRMICA PÉLVICA
SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS: _____

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

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

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

NOME/CARIMBO _____

ATENÇÃO PRESTADA

CRM _____

DATA _____

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 MÚLTIPLO
TIPO DO PARTO: NORMAL COM EPISIOTOMIA SEM EPISIOTOMIA LACERAÇÃO DISTÓGICO 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 _____