



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 031/2020**

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 29/01/2020, 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, 29 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 29 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**PAULA GABRIELE SARMENTO PEIXOTO**  
CPF: 019.597.562-65



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

5.133.863/00015  
HOSPITAL MUNICIPAL  
"MENINO DEUS"  
End.: 8ª Rua SINP  
CEP: 68.870-000

1 DO: Hospital Municipal Menino Deus  
PARA: Fundação Sts Casa Municipal

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: Caroliny Queiroz do Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 41 SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ NATURAL: Soure - Pa  
RESIDÊNCIA: R. Base 121/22 A-7 ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Gestante e 35.68 USA  
dia 29/07/20. A pedido S. F.

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA:  URB.  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENTRADA

3 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: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO

4 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
TEMPO de DOENÇA DIAS Data de Início    /    /    FORMA de INÍCIO:  SÚBITO  INSIDIOSO EVOLUÇÃO:  RÁPIDA  LENTA  
HISTÓRIA de CONTÁGIO:  DOMICILIAR  EXTRADOMICILIAR  IGNORADO PRÉ-NATAL:  SIM  NÃO  
ORDEM DE GESTAÇÃO .....  IGNORADO Nº de ABORTOS ..... TOXEMIA PRESENTE:  SIM  NÃO  
ANATOX TETÂNICO:  DOSE COMPLETA  DOSE INCOMPLETA  NENHUM 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: Logorrea, cefaleia, vômitos, febre  
TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMÍLIO: antibiótico, analgésico, paracetamol  
TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: D. P. R. Febril, cefaleia, vômitos  
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: \_\_\_\_\_

### EXAMES COMPLEMENTARES

5 TIRAGEM SANGUÍNEA RH \_\_\_\_\_ ABO \_\_\_\_\_ HEMÁCEAS \_\_\_\_\_ mm<sup>2</sup> %  
HB \_\_\_\_\_ G% LEUCÓCITOS \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> HEMATÓCRITO \_\_\_\_\_ %  
VDRL \_\_\_\_\_ PESQUISA de BAAR (ESCARRO) \_\_\_\_\_ FEZES (DIR) \_\_\_\_\_  
URINA \_\_\_\_\_ PROTEÍNAS \_\_\_\_\_ SUBS. REDUTORAS \_\_\_\_\_ SEDIMENTO \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6

NOME CARIMBO

CARGO

CRM

29/01/20  
DATA

### ATENÇÃO PRESTADA

7 EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: \_\_\_\_\_  
CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_  
TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S): \_\_\_\_\_  
INTERCORRÊNCIAS: \_\_\_\_\_  
SUGESTÕES para CONTINUIDADE do TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

### INTERNAÇÃO

8 ADMISSÃO: DATA ..... / ..... / ..... HORA ..... LEITO ..... CLÍNICA  GINECO-OBSTÉTRICA  PEDIÁTRICA  
 MÉDICA  CIRÚRGIA  PSIQUÁTRICA  TIPO DE GESTAÇÃO  ÚNICA  DUPLA  MÚLTIPLA  
TIPO do PARTO  NORMAL  COM EPISIOTOMIA  SEM EPISIOTOMIA  LACERAÇÃO  DIAGNÓSTICO  CESÁRIA .....  
COMPLICAÇÕES  ECLAMPISIA  HEMORRAGIA  INFECÇÃO PUERPERAL  OUTROS .....  
CONDIÇÕES do FETO:  VIVO  NATIMORTO  NEOMORTO ALTA: DATA ..... HORA .....  
TIPO de ALTA  CURADO  MELHORADO  ÓBITO  TRANSFERÊNCIA  A PEDIDO  FUGA  OUTRAS

9

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

CARIMBO SAM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL