



**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 024/2020***

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, 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 21/01/2020, 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**

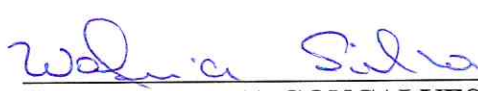
Em, 21 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

**RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 21 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA**  
CPF: 830.962.642-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº \_\_\_\_\_

1

DO: *H. M. M. D.*

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: *Acuam* MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: *TV 22 - entre 9/10* ZONA:  URB. \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *foi especializado*

*em ginecologia*

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ NA UNIDADE DE \_\_\_\_\_

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

2

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ZONA:  URB. \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3

ENTRADA  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ RESPONSÁVEL ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE  ACOMPANHADO  DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL  ANDANDO APOIADO  CARREGADO  CONSCIE

INCONSCIENTE  SEMI-CONSCIENTE  MORTO - SINTOMAS E SI

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

SÉMANAS ALTURA do FUNDO do ÚTERO ..... em BCF/min.....

SITUAÇÃO do FETO

LONGITUDINAL

TRANSVERSAL

APRESENTAÇÃO do FETO:  CÉFALICA  CÓRMICA  PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS:

TRATAMENTO REALIZADO EM DOMICÍLIO:

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPOLOGIA SANGÜÍNEA RH: ABO

ABO

HEMÁCEAS

HB

9% LEUCOCITOS

mm<sup>3</sup> HEMÁTOCRITO

VDRL

PESQUISA de BAAR (ESCARRO)

FEZES (DIR)

URINA

PROTEÍNAS

SUBS. REDUTORAS

SEDIMENTO

Dr. J. Brasil Ferreira

CRM - 2300

CPF: 043.672.942-34

Médico Perito

NOME/CARIMBO

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

CARGO

CRM

DATA

ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S):

INTERCORRÊNCIAS:

SUGESTÕES para CONTINUIDADE do TRATAMENTO:

INTERNACÃO

ASSINATURA DATA

HORA

LEITO

CLÍNICA:

GINECO-OBSTÉTRICA

PEDIÁTR

MÉDICA

CIRÚRGICA

PSIQUIÁTRICA

TIPO DE GESTAÇÃO

ÚNICA  DUPLA  MÚLTIPLA

TIPO DO PARTO:  NORMAL

COM EPISIOTOMIA

SEM EPISIOTOMIA

LACERAÇÃO

DISTÓCICO

CESÁRIA

INDICAÇÃO

FÓRCEPS

COMPLICAÇÕES  ECLANPSIA

HEMORRAGIA

INFECÇÃO PUERPERAL

OUTROS

CONDIÇÕES do FETO:  VIVO

NATIMORTO

NEOMORTO

ALTA: DATA ..... HORA: .....

TIPO de ALTA:  CURADO

MELHORADO

ÓBITO

TRANSFERÊNCIA  A PEDIDO

FUGA