



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 036/2020**

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 03/02/2020, 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**

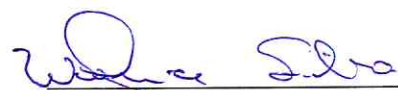
Em, 03 de fevereiro de 2020.

  
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) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 03 de fevereiro 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: Robson Sebastião Santos Tundak MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: 24 SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO: Aposentado NATURAL: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA: 7ª rua TV 03/03 B Inoco ZONA:  URB  RUR  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

3

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Indicador de Urea  
dos Pírculos

CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

2

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO  MASC.  FEM. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
(MUNICÍPIO RUA Nº E BARRIO) OU LOCALIDADE  
RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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

4

NÃO INTERNADO

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

### DADOS CLÍNICOS

QUEIXA PRINCIPAL: ruído em cabeça

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:   

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO:   

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE:   

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:   

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:   

### EXAMES COMPLEMENTARES

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

### RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

NOME CARIMBO   

CARGO   

CRM   

DATA   

### ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:   

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA:   

TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S):   

INTERCORRÊNCIAS:   

SUGESTÕES para CONTINUIDADE do TRATAMENTO:   

### INTERNAÇÃO

ADMISSÃO: DATA ..... / ..... / ..... HORA ..... LEITO ..... CLÍNICA  GINECO-OBSTÉTRICA  PEDIÁTRICA  
 MÉDICA  CIRURGIA  PSIQUÁTRICA  TIPO DE GESTAÇÃO  ÚNICA  DUPLA  MÚLTIPLA  
 TIPO do PARTO  NORMAL  COM EPISIOTOMIA  SEM EPISIOTOMIA  LACERAÇÃO  DIAGNÓSTICO  CESÁRIA .....  INDICAÇÃO .....  
 FORCEPS  
 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

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE   

CARIMBO SAM   

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL