



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 221/2019

O Prefeito Municipal de Soure, senhor
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA
GOUVEA**, 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 acompanhar Paciente encaminhado pelo “Hospital Menino Deus” na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 24/05/2019, 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, 24 de maio de 2019.

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

Soure/PA, 24 de maio de 2019.

TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.022.662.02

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 _____ SEMANAS ALTURA do FUNDO do ÚTERO _____ em BCF/min _____

SITUAÇÃO do FETO LONGITUDINAL TRANSVERSAL APRESENTAÇÃO do FETO: CEFÁLICA CÔRMICA PÉLVICA

4. *antecedentes de sífilis e outras doenças*

estes dados não foram

5. TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: *nos* *rel de*

logística e de UT

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

6. TIPOLOGIA SANGÜÍNEA RH: _____ ABO _____ HEMÁCEAS _____

7. HB _____ G% LEUCOCITOS _____ HEMATÓCRITO _____ mm2

VDRL _____ PESQUISA de BAAR (ESCARRO) _____ FEZES (DIR) _____ %

URINA _____ PROTEÍNAS _____ SUBS. REDUTORAS _____ SEDIMENTO _____

Dr. L. Humberto Daza &

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Cirurgião Geral

NOME/CARIMBO

CARGO

200157

CRM

24/05/19

DATA

ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: _____

7. 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 CÉSARIA FÓRCEPS

INDICAÇÃO _____

COMPLICAÇÕES ECLANPSIA HEMORRÁGIA INFECÇÃO PUERPERAL OUTROS

CONDIÇÕES do FETO: VIVO NATIMORTO INEOMORTO ALTA: DATA ____/____/____ HORA: _____

TIPO de ALTA: CURADO MELHORADO ÓBITO TRANSFERÊNCIA A PEDIDO FUGA OUTRO