



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 247/2019

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:

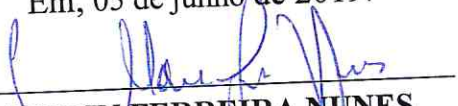
Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia 05/06/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

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, 05 de junho de 2019.



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, 05 de junho de 2019.



WALNICE ARACELIA GONÇALVES DA SILVA
CPF. 830 062 642-87

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

ORDEM DE GESTAÇÃO _____ IGNORADO Nº de ABORTOS _____ TOXEMIA PRESENTE SIM

ANATOX TETÂNICO: DOSE COMPLETA DOSE INCOMPLETA NENHUMA TRATAMENTO para SÍFILIS SIM

HEMORRAGIA SIM NÃO TEMPO de GESTAÇÃO _____ SEMANAS 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 JÁ REALIZADO EM DOMICÍLIO: _____

TRATAMENTO NA UNID. DE SAÚDE: Procurei

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: 1/1 cardiorregião

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: de 1/1

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPAGEM SANGÜEA RH _____ ABO _____

HB _____ G% LEUCÓCITOS _____ HEMÁCEAS _____

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

URINA _____ PROTEÍNAS _____ SUBS. REDUTORAS _____ SEDIMENTO _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Pedro J. Lopes Bernuy NOME/CARIMBO

Medico CARGO

12567 CRM

25.09.19 DATA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

ATENÇÃO PRESTADA _____

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA: _____

TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S): _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

SUGESTÕES para CONTINUIDADE do TRATAMENTO: _____

ASSINATURA DATA _____ HORA _____ LEITO _____ CLÍNICA: _____

MÉDICA CIRÚRGICA PSIQUIÁTRICA GINECO-OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

TIPO DO PARTO: NORMAL COM EPISIOTOMIA SEM EPISIOTOMIA LACERAÇÃO

TIPO DE GESTAÇÃO: ÚNICA DUPLA MÚLTIPLA

DISTÓCICO CESÁRIA FÓRCEPS

COMPLICAÇÕES ECLANPSIA HEMORRAGIA INFECÇÃO PUERPERAL OUTROS

CONDIÇÕES do FETO: VIVO NATIMORTO NEOMORTO

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

ALTA: DATA _____ HORA: _____