



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.º319/2019

O Prefeito Municipal de Soure em exercício,
senhor **ALDRIN FERREIRA NUNES**, 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 buscar sangue no HEMOPA para Paciente do “Hospital Menino Deus” na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 03 (três) diárias no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais) para o dia 09 á 11/07/2019, 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, 09 de julho de 2019.


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal de Soure

RECIBO

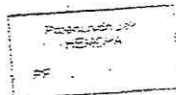
Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais), correspondentes a 03 (três) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 09 de julho de 2019.


TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
 FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESTADO DO PARÁ
 SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E PRODUTOS HEMOTERÁPICOS



CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO PELO PACIENTE (obrigatório)
Informações Gerais: A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos componentes do sangue: Hemácias, Plasma, Plaquetas e Fatores de Coagulação e está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia, hemorragia ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

Riscos: Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Ministério da Saúde, mas ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes soriológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos.

Tratamentos Alternativos: Em casos de anemia em que a Hemoglobina encontra-se acima de 8,0 g/dL e o paciente hemodinamicamente estável, a transfusão de concentrado de hemácias pode ser substituída por terapias como: sacarato de hidróxido férrico, eritropoetina e imunoglobulina e/ou pulsoterapia de corticóide. Porém, os tratamentos alternativos devem ser avaliados criteriosamente pelo médico, considerando as características de cada paciente.

Consentimento: Eu tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que a Fundação HEMOPA, a pedido de meu médico, faça administração de hemocomponentes até o curso completo da doença ou tratamento.

Fui esclarecido(a) e concordo

Fui esclarecido(a) e não concordo

Assinatura do paciente (Nome completo) ou do responsável legal pelo paciente e seu grau de parentesco) Mônica Cristina Ramos Sousa Data: ___/___/___

COLETA DA AMOSTRA DO RECEPTOR

Técnico Responsável: _____ Nome Legível Data: _____ Hora: _____

USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO HEMOPA

ABO/Rh	PAI I	PAI II	AC	CD	DATA	HORA	Assinatura

Produto	Tipagem	Nº da bolsa	Nº da amostra	Resultado	Data	Assinatura

OBSERVAÇÕES:

Médico(a) da Fundação HEMOPA: _____
 (Se Necessário)

Assinatura com carimbo e CRM

Data: ___/___/___



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESTADO DO PARÁ
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E PRODUTOS HEMOTERÁPICOS

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO PELO PACIENTE (Obrigatório)

Informações Gerais: A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos componentes do sangue: Hemácias, Plasma, Plaquetas e Fatores de Coagulação e está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia, hemorragia ou preventivamente a procedimentos exames invasivos com potencial de sangramento.

Riscos: Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Ministério de Saúde, mas ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos.

Tratamentos Alternativos: Em casos de anemia em que a Hemoglobina encontra-se acima de 6,0 g/dL e o paciente hemodinamicamente estável, a transfusão de concentrado de hemácias pode ser substituída por terapias como: sacarato de hidróxido férrico, eritropoetina e imunoglobulina e/ou pulsoterapia de corticóide. Porém, os tratamentos alternativos devem ser avaliados criteriosamente pelo médico, considerando as características de cada paciente.

Consentimento: Eu tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que a Fundação HEMOPA, a pedido de meu médico, faça administração de hemocomponentes até o curso completo da doença ou tratamento.

() Fui esclarecido(a) e concordo

() Fui esclarecido(a) e não concordo

Marina de Moraes BEBROS Data: ___/___/___
 Assinatura do paciente (Nome completo) ou do responsável legal pelo paciente e seu grau de parentesco)

COLETA DA AMOSTRA DO RECEPTOR

Técnico Responsável: _____ Nome Legível
 Data: _____ Hora: _____

USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO HEMOPA

ABO/Rh	PAI I	PAI II	AC	CD	DATA	HORA	Assinatura

Produto	Tipagem	Nº da bolsa	Nº da amostra	Resultado	Data	Assinatura

OBSERVAÇÕES: