



ESTADO DO PARÁ
PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPÉ-MIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

Portaria nº 203/2022/GAB/PMI,

Igarapé-Miri, 06 de maio de 2022.

O cidadão **ROBERTO PINA OLIVEIRA**, Prefeito Municipal de Igarapé-Miri, no uso de suas atribuições legais e conformidade com a Lei Orgânica Municipal:

RESOLVE:

Art.1º–Conceder com suporte no Art.. 058 da Lei nº 4.580/91 (RJU), e Decreto Municipal nº 008/2015, de 10 de março de 2015, a servidora abaixo relacionada, 01 (uma) diária, para cobrir despesas com viagem até a Capital do Estado do Pará – Belém/PA, para acompanhar a menor N. S. B. De 11 onze anos na Santa Casa de Misericórdia do Pará, no dia 12 de maio de 2022, conforme demonstrativo abaixo.

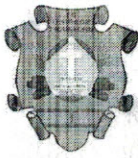
Nº DE DIARIA	NOME	CARGO	CPF	ENDEREÇO	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
01	Marinei do Socorro Costa Paiva	Assistente Social	593.080.792-20	Av. Sesquicentenário – Igarapé-Miri	R\$: 110,00	R\$: 110,00

Art.2º– Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação no mural da Prefeitura Municipal de Igarapé-Miri, revogada as disposições em contrárias.

Art.3º_ Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Igarapé-Miri, 06 de maio de 2022.


ROBERTO PINA OLIVEIRA
Prefeito Municipal



Igarapé-Miri, 03 de maio de 2022.

Ofício nº 109 /2022/GAB/SEMÁS.

A Sua Excelência
Sr. Roberto Pina Oliveira
M.D. Prefeito Municipal de Igarapé-Miri
Nesta;

Port. 203/22 - 06/05

Assunto: Solicitação de Diária.

Excelentíssimo Prefeito;

Com satisfação em cumprimentá-lo, sirvo-me do presente para solicitar a V. Excelência, que **AUTORIZE 01 (uma) diária** em nome da servidora abaixo relacionada; a qual irá se deslocar até o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belém no município de Belém, para acompanhar a menor N.S.B de 11 (onze) anos de idade

Ressaltamos ainda que somos cientes do **DECRETO nº 010** de 14 de janeiro 2021, onde V.Excelência dispõe sobre providências urgentes da Gestão Municipal visando a racionalização e o controle orçamentário, a contenção de despesas e outras providências.

Desta forma, colocamo-nos à disposição para demais esclarecimentos que se fizerem necessários.

NOME	CARGO/FUNÇÃO	CPF/RG	END.	DATA DA VIAGEM
MARINEI DO SOCORRO COSTA PAIVA	ASSISTENTE SOCIAL	CPF: 593.080.792-20	AVENIDA SESQUICENTENÁRIO N 105 - BAIRRO; CIDADE NOVA - IG.MIRI	12/05/2022

Respeitosamente,

ANEXO: OFÍCIO Nº 022/2022 EAC.

Dele
 Ana Maria de Jesus Lima da Costa
 Secretária Municipal de Assistência Social
 Port. nº 013/2021/GAB/PMI.

Do: Gabinete do Prefeito
A: SEMAS / RM
Autorizo a portaria
da diária
Em: 05/05/2022

Prefeitura Mun. de Igarapé-Miri
 Gabinete do Prefeito
 Recebido Em 4, 5, 22
 Hora: _____
Assinatura
 Assinatura



Estado do Pará



Prefeitura Municipal de Igarapé Miri
Secretaria Municipal de Assistência Social
Espaço de Acolhimento Institucional Conviver

Igarapé Miri (PA), 02 de maio de 2022.

OFICIO Nº 22 /2022 EAIC

Ilmº Srª Ana Lima
Secretaria de Assistência Social

ASSUNTO: Solicitação de Diária

Cordialmente, utilizando o presente para solicitar diária para tratamento fora do domicilio da criança **Nayara de Sousa Baia** 11(onze) anos, acompanhante **Marinei do Socorro Costa Paiva**, documentos: CPF: 59308079220, RG: 2945058, Nº da conta agencia:2382, C/C 01001492-2.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
RECEBIDO
EM 02/05/2022
Mirlen e Miranda

Atenciosamente.

Marinei do Socorro Costa Paiva

Coordenadora do espaço de Acolhimento.

B18.8

2

FAA - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome do Paciente: MAYARA DE SOUSA BRIN DA SILVA Data da Consulta: 24/02/2022
 Número da Consulta: 902414 Número do Registro: 902414

Cid. Primário	Cid. Secundário	Recursos Solicitados	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicamento	<input type="checkbox"/> Lit. Externa
Grupo/Procedimentos Executados	_____	<input type="checkbox"/> Ecg	<input type="checkbox"/> Sangue
_____	_____	<input type="checkbox"/> Hemodiálise	<input type="checkbox"/> Tomografia
_____	_____	<input type="checkbox"/> Resson. Mag.	<input type="checkbox"/> Urina
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ultrassom	<input type="checkbox"/> Endoscopia
_____	_____	<input type="checkbox"/> Físio/Exame	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica
_____	_____	<input type="checkbox"/> Med. Nuclear	<input type="checkbox"/> Dial. Peri.
_____	_____	<input type="checkbox"/> Obturação	<input type="checkbox"/> Ralo - X
_____	_____	<input type="checkbox"/> Extração	<input type="checkbox"/> Outros

SAÍDA DO PACIENTE

Alta Encaminhamento Encaminhamento Externo Internação

Retorno Retorno Obrigatório Outros

Retorno em: 3 meses Especialidade Encaminhada: _____

Obs: Campo Número de Consulta 902414 EXTRA:000000 VIA CENTRAL: 999999

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL: