



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

Portaria nº 582/2022/GAB/PMI,

Igarapé-Miri, 21 de dezembro 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 10 dez anos em exames na Santa Casa de Misericórdia, no dia 22 de dezembro 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 Igarape-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, 21 de dezembro de 2022.


ROBERTO PINA OLIVEIRA
Prefeito Municipal



Port. 582/22 - 21/12



Igarapé-Miri, 19 de Dezembro de 2022.

Ofício nº 304 /2022/GAB/SEMÁS.

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

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 relacionado; a qual irá acompanhar a menor N. S. B de 10 (dez) anos de idade, que relizará uma consulta no Hospital Santa Casa no município de Belém no dia 22/12/2022.

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 | > 22/12/2022 |

Respeitosamente,

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

*20: Gabinete do prefeito.
 A: SEMAS/RH
 Autorizo a pontaria da diária*

Prefeitura Mun. de Igarapé-Miri
 Gabinete do Prefeito
 Recebido Em 20/12/22
 Hora: _____

 Assinatura

Roberto Pina Oliveira
 Prefeito Municipal de Ig. Miri
 CPF: 121.643.122-72

SANTA CASA

AMB. DE PEDIATRIA

4009-0352

4009-2250

08:00 ÀS 12:00

14:00 ÀS 18:00

DATASUS

FAA - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Mayara de Souza

Data da Consulta: / /20

CPF do Profissional

Número do Registro

Cid. Secundário

OBS: LIGAR COM O N° DO REGISTRO DO PACIENTE EM MÃOS

Grupo/Procedimentos Executados

Recursos Solicitados

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Ecg | <input type="checkbox"/> Lit. Externa | <input type="checkbox"/> Sangue |
| <input type="checkbox"/> Hemodálise | <input type="checkbox"/> Tomografia | <input type="checkbox"/> Urina | <input type="checkbox"/> Fezes |
| <input type="checkbox"/> Resson. Mag. | <input type="checkbox"/> Ultrassom | <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Eeg |
| <input type="checkbox"/> Fisiol/Exame | <input type="checkbox"/> Hemodinâmica | <input type="checkbox"/> Dial. Peri. | <input type="checkbox"/> Raiol - X |
| <input type="checkbox"/> Med. Nuclear | <input type="checkbox"/> Obstrução | <input type="checkbox"/> Extração | <input type="checkbox"/> Outros |

SAÍDA DO PACIENTE

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> Encaminhamento | <input type="checkbox"/> Encaminhamento Externo | <input type="checkbox"/> Internação |
| <input type="checkbox"/> Retorno | <input checked="" type="checkbox"/> Retorno Obrigatório | <input type="checkbox"/> Outros | |

Retorno em: / / dias

Obs: Campo Número de Consulta

RA:000000

VIA CENTRAL: 999999

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

22/12/22 13:00hs