



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE -TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE PAUTA NA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIB

| Item | Assunto | *Finalidade |
|------|---|-------------|
| 01 | Homologar a Proposta de Projeto N°. 11893.009000/1170-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para Unidade de Saúde da Família do município de Tupirama – TO, no valor de R\$ 108.000,00 (cento e oito mil reais), referentes à Emenda Parlamentar N°. 29310001 do Parlamentar Senador Ataídes Oliveira | Homologação |
| 02 | Homologar a Proposta de Projeto N°. 11893.009000/1170-06 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para Unidade de Saúde da Família do município de Tupirama – TO, no valor de R\$ 100.000,00 (cento mil reais), referentes à Emenda Parlamentar N°. 24290002 do Parlamentar Senador Lázaro Botelho | Homologação |

“Art.12- Todas as questões sujeitas à análise da Comissão Intergestores Bipartite serão apreciadas por ordem Cronológica de entrada no protocolo e terão um prazo de até 10 (dez) minutos para serem apresentadas, salvo casos excepcionais, face a relevância do assunto e de comum acordo entre as partes.”

| | |
|--|---|
| *Finalidade do Solicitante: | Pactuação e Aprovação (10 minutos) Apresentação e Esclarecimento (05 minutos) <u>Apresentação e Homologação (05 minutos)</u> Informe (03 minutos) |
| Material anexo do Solicitante: | <input type="checkbox"/> Arquivo em CD <input type="checkbox"/> Arquivo em Pendriver <input type="checkbox"/> <u>E-mail</u> |
| Expositor (a) | |
| Nome CRISTIANA CLÉIA QUITAISKI Gestor do Fundo Municipal de Saúde | Função/cargo Secretário Municipal da Saúde e Gestor do Fundo Municipal de Saúde |

| | |
|------------------------------|--|
| Recursos requisitados à CIB: | <input type="checkbox"/> Data Show <input type="checkbox"/> Notebook <input type="checkbox"/> Internet |
|------------------------------|--|

Data: 19/04/2017

Cristiana Cléia Quitaiski
Cristiana Cléia Quitaiski
Secretária Municipal de Saúde
Nome do Solicitante/Carimbo
E-mail: krisquitaiski@gmail.com
Fone: (63) 98402 7123
Decreto nº 04/2017

Secretaria Executiva da CIB

____/____/____

Hs:____:____

Recebedor