



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	Proposta de Projeto Nº. <u>10122201545257280</u> Para CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB) Para o município de CARRASCO BONITO - TO, no valor de R\$200.000,00 referentes à Emenda Parlamentar Nº. <u>81000173</u> do Parlamentar RELATOR GERAL	Homologação
02	Proposta de Projeto Nº. <u>10122201545250017</u> Para CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB) Para o município de CARRASCO BONITO - TO, no valor de R\$157.878,00 referentes à Emenda Parlamentar Nº. <u>71280002</u> do Parlamentar BANCA DA DE TOCANTINS	Homologação
03	Proposta de Projeto Nº. <u>10122201545250017</u> Para CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB) Para o município de CARRASCO BONITO - TO, no valor de R\$ 100.000,00 referentes à Emenda Parlamentar Nº. <u>30680011</u> do Parlamentar CARLOS HENRIQUE GAGUIM	Homologação
04	Proposta de Projeto Nº. <u>10122201545250017</u> Para CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB) Para o município de CARRASCO BONITO - TO, no valor de R\$ 100.000,00 referentes à Emenda Parlamentar Nº. <u>24290003</u> do Parlamentar LAZARO BOTELHO	Homologação
05	Proposta de Projeto Nº. <u>11740.122000/1170-04</u> Para AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Para o município de CARRASCO BONITO - TO, no valor de R\$ 100.000,00 referentes à Emenda Parlamentar Nº. <u>24290002</u> do Parlamentar LAZARO BOTELHO	Homologação

*Art.12- Todas as questões sujeitas à análise da Comissão Intergestores Bipartite serão apreciadas por ordem de inclusão em pauta e terão um prazo de até 10 (dez) minutos para

serem apresentados, salvo casos excepcionais, face a relevância do assunto e de comum acordo entre as partes."

*Finalidade do Solicitante:	Pautuação e Aprovação (10 minutos) Apresentação e Esclarecimento (05 minutos) Apresentação e 1ª. Indagação (05 minutos) Informe (03 minutos)
-----------------------------	---

Material anexo do Solicitante	<input type="checkbox"/> Arquivo em CD <input checked="" type="checkbox"/> X Arquivo em Pendriver <input checked="" type="checkbox"/> X E-mail
-------------------------------	--

Expositor (a)	INÁCIO ALVES DA CONCEIÇÃO
Nome	Função cargo

INÁCIO ALVES DA CONCEIÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Data: 11.08.17

Inácio Alves da Conceição
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 04/2011

INÁCIO ALVES DA CONCEIÇÃO
Nome do Solicitante: Carlinho
E-mail: inacioalves2012@hotmail.com
Fone: (61) 994816916

Secretaria Executiva da CIB
11.08.17
Hr: 16:46
<i>flavio</i> Recebido