



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 10 / 01 / 2014

José Lincoln Sobral Mat
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.285-91

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento oncológico (SEU PAI JOSE BEZERRA DE PAIVA), conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 10 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 10 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.902.783-87

 Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Teresinha de Jesus Campelo Bezerra
 TERESINHA DE JESUS CAMPELO BEZERRA
 RG: 1440826 SSP/PI
 CPF: 734.975.763-87



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com

10/01/13



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
 e T R A B A L H O
 Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Teresinha de Jesus Campelo Berena*
 ENDEREÇO: *Corumbalraha*
 RG: *1.440.826 SSP/PI* CPF: *734.975.763-87*
 DATA DA SOLICITAÇÃO: *06/01/2013*
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terenhe para tratamento oncológico do pai (Jose Berena de Paiva)

Teresinha de Jesus Campelo Berena

 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *06/01/2013*

[Assinatura]

Técnicos Responsáveis pela Triagem
Sistema Social CRESS-PI-356
 CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

 Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuío-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuío - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

A.P.C.C. - Hospital São Marcos

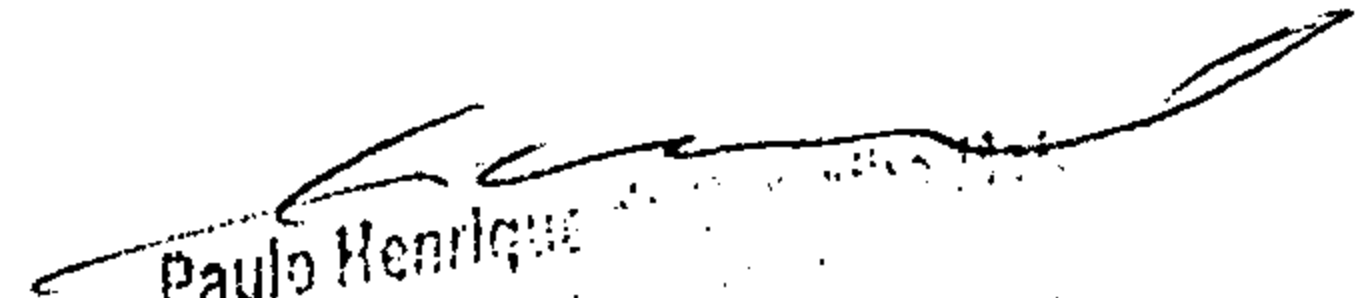
Rua Olavo Bilac, 2300 - Telefone 086 2106-8000 - CEP 64001-280 Teresina-P
Inscrição Estadual - Isento CNPJ N° 06.870.026/0001-77

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que Joni Bezerra de Almeida
e portador de CC de Invalidez CID: C61
e se encontra em tratamento nesse hospital. volta para casa 13-1-14

Teresina, 18 de dezembro de 2013

Modelo 063


Paulo Henrique
CRM-PR: 508107-01/01.01.1983-04

EMPRESA FURTADON 6777 *JM 12/2014*

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De *smt.* A *THE*

mit. *[Signature]* Pass. R\$ *30,00*

[Stamp]
CPE: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE

10.01.2014
Assinatura

EMPRESA FURTADON 6778

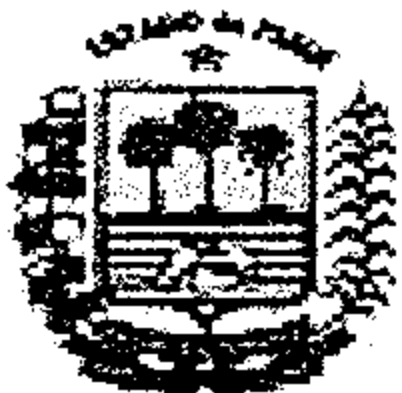
Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De *THE* A *smt.*

Emit. *[Signature]* Pass. R\$ *39,00*

[Stamp]
CPE: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE

10.03.2014
Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 07 / 01 / 2014.
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-94
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 07 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 07 / 01 / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.552.883-87
 Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Antonio Vieira da Silva
 ANTONIO VIEIRA DA SILVA
 RG: 33.121.604-8 SSP/SP
 CPF: 673.725.033-53

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 15247591399**Emissão:** 07/01/2014**Usuário:** ANTONIO VIEIRA DA SILVA**Cartão SUS:** 898003743370605**Nascimento:** 11/08/1973**Local de Atendimento:** HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV**Endereço:** AV FREI SERAFIM, 2352**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)3221-3040 (86)3221-6962**Profissional:** RAIMUNDO NONATO CAMPOS SOUSA**CBO:** Medico neurologista**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Quarta, 8 de Janeiro de 2014 as 08:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivaldo Sabóia Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES

EMPRESA FURTADON 6775

ANTONIO V. DA SILVA

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMT A TERESINA

Emit. P.S. MIGUEL Pass. R\$ 39,00

Assinatura

EMPRESA FURTADON 6774

ANTONIO V. DA SILVA

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMT A TERESINA

Emit. P.S. MIGUEL Pass. R\$ 39,00

Assinatura

EMPRESA FURTADON 6773

A ANTONIO V. DA SILVA

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMT A TERESINA

Emit. P.S. MIGUEL Pass. R\$ 39,00

Assinatura

EMPRESA FURTADON 6776

ANTONIO V. DA SILVA

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De TERESINA A S.M.T.

Emit. P.S. MIGUEL Pass. R\$ 39,00

Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 06 / 01 / 2014.
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para consulta com especialista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 06 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
 EM, 06 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 Secretaria de Finanças/Tesoureiro
 CPF: 052.695.255-91

 SEBASTIÃO CARDOSO PEREIRA
 RG: 2.748.365 SSP/SP
 CPF: 021.549.773 - 24



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Joana Cardoso Pereira
ENDEREÇO: Cochoeira
RG: 1.846.004 SSP/PI CPF: 888.667.853-34
DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/04/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

04 passagens à Terana para tratamento conti-
nua no Hospital São Marcos (oncologia)

Subsídio cardoso Rosiane (filho)

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 06/04/2013

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem
Assistente Social GRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 15595701307**Emissão:** 19/12/2013**Usuario:** JOANA CARDOSO PEREIRA**Cartão SUS:** 161795438370003**Nascimento:** 03/05/1945**Local de Atendimento:** HOSPITAL SÃO MARCOS**Endereço:** RUA OLAVO BILAC, 2300**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)2106-8000 (86)2106-8006**Profissional:** SEM PROFISSIONAL DEFINIDO**CBO:** MEDICO RADIOTERAPEUTA SEGUIMENTO ONCOLOGICO - RADIOTERAPIA**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Terça, 7 de Janeiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes


Assinatura/Carimbo/Responsável pelo AgendamentoRaelma Barros dos Santos Pereira
Mat. 1595/Sup. Adm. Interna
Hospital São Marcos

Lúcia

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES**

Autorização: 15595701307

Emissão: 19/12/2013

Usuário: JOANA CARDOSO PEREIRA

Cartão SUS: 161795438370003

Nascimento: 03/05/1945

Local de Atendimento HOSPITAL SAO MARCOS

Endereço: RUA OLAVO BILAC, 2300

Bairro: CENTRO

Fones: (86)2106-8000 (86)2106-8006

Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO

CBO: MEDICO RADIOTERAPEUTA SEGUIMENTO ONCOLOGICO - RADIOTERAPIA

Procedimento(s):

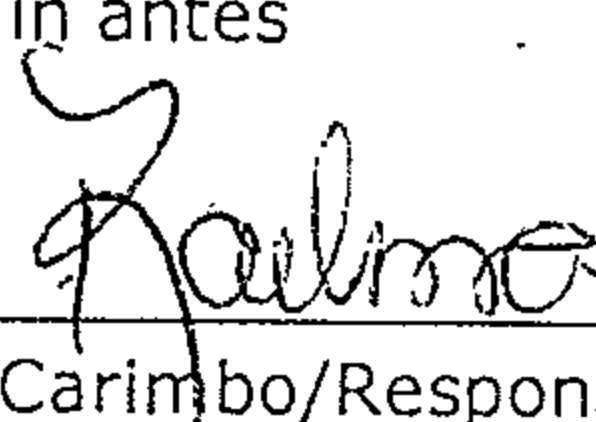
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Terça, 7 de Janeiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes


 Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Raelma Barros dos Santos Pereira
 Mat. 1595/Sup. Adm. Interna
 Hospital São Marcos

Levia

CONSULTA AGENDADA NO SISTEMA

PARA O DIA 7/1/14 1ª VEZ () SEG. ()

Médico: Paula Almeida

Horário do médico: 9:30

Cons.: 9 ALA: C-Treco

Agendada por: Rae

Ordem de marcação com a atendente!



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 15 / 01 / 14
 José Lincoln Sobral
 Prefeito Municipal
 CPE: 052.695.256-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

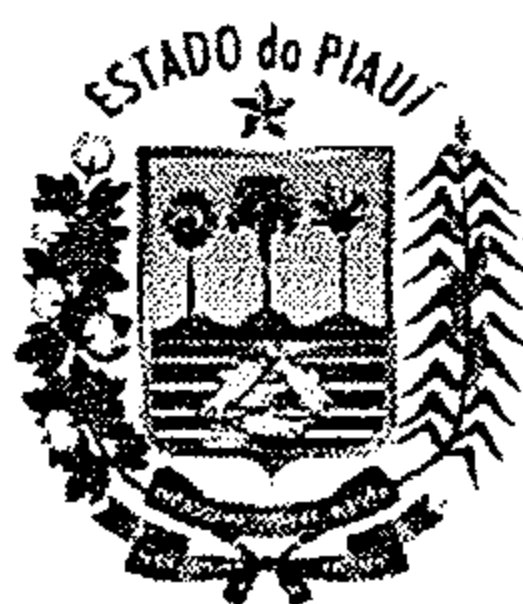
Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 15 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 15 / 01 / 2014
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureira
 CPF: 035.962.883-87

Maria Regiane C. Monte
MARIA REGIANE CAMPELO MONTE
 RG :3.842.167
 CPF:



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Xy Maria Regiane A. Monte.
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Autorização: 13630411347

Usuário: ICARO GABRIEL CAMPELO OLIVEIRA

Cartão SUS: 898004084804284

Local de Atendimento: HOSPITAL INFANTIL LUCIDIO PORTELLA

Endereço: RUA GOV ARTUR DE VASCONCELOS, 220

Fones: (86)3221-5581 (86)2217-507

Profissional: JULIAO JOSE DE ALENCAR

CBO: Medico cirurgiao pediatrico

Emissão: 07/11/2013

Nascimento: 05/08/2012

Bairro: CENTRO

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Quinta, 16 de Janeiro de 2014 as 14:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Jose Roberto Coelho Resende
TÉC. OPERACIONAL

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

1461



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria Regiane Campelo Ulante*
ENDEREÇO: *Rua Celso José de Araújo, 14 - Centro*
RG: *3.842.167 SSP/PI* CPF:
DATA DA SOLICITAÇÃO: *14/04/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terena para tratamento clínico do filho no Hospital Infantil Bacciolo Portelle

Maria Regiane Campelo Ulante
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *14/04/2014*

[Signature]
Técnico Responsável pela Triagem
Alcides Soares Câmara
Assistente Social CRESS-PI-35ª
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 15 / 01 / 14
José Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052805255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 04 (quatro passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 15 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ 156,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 15 / 01 / 2014

Secretaria de Finanças/Tesoureiro
CPF: 535.962.893-07

Maria da Cruz Pereira da Silva
CPF: 535.962.893-07

ELIANE FERREIRA VIANA
RG :2.064.197
CPF: 869.708.443-15

14/01



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e **T R A B A L H O**
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Eliane Ferreira Viana*
ENDEREÇO: *Cachoeira*
RG: *2.064.197 SSP/PI* CPF: *869.708.443-15*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *14/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*04 passagens à Terança para tratamento/acompanha-
mento de BUES de filha Anália Beatriz Viana de
Silva (10 anos) c/ reumatologista*

Eliane Ferreira Viana

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 14 / 01 / 2014

A. Alcides Soares Câmara
Técnico Responsável pela Triagem
Assistente Social CRESS-PI-356
075 300 003 023.53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

X *Elaine Barreira*
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

EMPRESA FURTADONº 6787

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De fHE A smt.

Emit. Gilmar Soares Resende Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
15.01.2014
Assinatura

EMPRESA FURTADONº 6788

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De fHE A smt.

Emit. Gilmar Soares Resende Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
15.01.2014
Assinatura

EMPRESA FURTADONº 6785

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De smt. A fHE

Emit. Gilmar Soares Resende Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
15.01.2014
Assinatura

EMPRESA FURTADONº 6786

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De smt. A fHE

Emit. Gilmar Soares Resende Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
15.01.2014
Assinatura

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Autorização: 16222881491

Usuário: AMALIA BEATRIZ VIANA DA SILVA

Cartão SUS: 898000439689084

Local de Atendimento: HOSPITAL INFANTIL LUCIDIO PORTELLA

Endereço: RUA GOV ARTUR DE VASCONCELOS, 220

Fones: (86)3221-5581 (86)2217-507

Profissional: ALINE DO SOCORRO MIRANDA RIBEIRO

CBO: MEDICO REUMATOLOGISTA PEDIATRA

Emissão: 10/01/2014

Nascimento: 18/07/2003

Bairro: CENTRO

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Quinta, 16 de Janeiro de 2014 as 07:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivaldo Sabeia Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 21 / 01 / 14
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 21 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 21 / 01 / 2014
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro
 CPF: 052.695.255-91

Leonília Roseno de Sousa
LEONILIA ROSENO DE SOUSA
 RG :947.764
 CPF: 887.950.043-00



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Beaulia Roseno de Sousa*
ENDEREÇO: *Murici/Brjo grande*
RG: *947.764 58/PI* CPF: *887.950.043-00*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *21/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terapia para tratamento de saúde com especialista (oncologista)

Angélica Ferreira de Sousa
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *21/01/2014*

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem
Sra. Alcides Soares Lima
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-59

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: ____ / ____ / ____

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 16723281446**Emissão:** 21/01/2014**Usuario:** LEONILIA ROSENO DE SOUSA**Cartão SUS:** 898002352251828**Nascimento:** 16/07/1931**Local de Atendimento:** HOSPITAL SAO MARCOS**Endereço:** RUA OLAVO BILAC, 2300**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)2106-8000 (86)2106-8006**Profissional:** SEM PROFISSIONAL DEFINIDO**CBO:** MEDICO ONCOLOGISTA 1ª VEZ**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Quarta, 22 de Janeiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivando Sabóia Cardoso
CPF 037.648.523-90
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES

EMPRESA FURTADO Nº 6791

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De *HFE* A *smt.*

Emit. *[Signature]* Pass. R\$ 39,00
GPE 52.400.753-87
CHEFE DE GABINETE *21.02.2013*
Assinatura

EMPRESA FURTADO Nº 6790

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De *smt.* A *HFE*

Emit. *[Signature]* Pass. R\$ 39,00
GPE 52.400.753-87
CHEFE DE GABINETE *21.02.2014*
Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 22 /01/2014
 José Lima Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 037.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) TERESINA – PI para concessão de BPC junto ao INSS, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 22/01/2014

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 22/01/2014

 Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Francisca Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 533.962.383-47

ILDETE SOARS MOTA
RG : 1.043.219 -PI
CPF: 374.318.463-04



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Ildete Soares Mota*
ENDEREÇO: *Rua Alagoas - casa B - A-04 - Lento*
RG: *1.043.219 SSP/PI* CPF: *374.318.463-04*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *20/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 perseguições à Terenise para consulta com especialista (gastroenterologista)

Ildete Soares Mota

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *20/01/2014*

Alaides Soares Câmara
Técnico Responsável pela Triagem
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

EMPRESA FURTADO Nº 6793

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De *fHE* A *smt.*

Emit. *Alma* Pass. R\$ 39,00

Alma CPF: 352.400.753-87 22.01.2014

Assinatura

EMPRESA FURTADO Nº 6792

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De *smt.* A *fHE*

Emit. *Alma* Pass. R\$ 39,00

Alma CPF: 352.400.753-87 22.01.2014

Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 22 / 01 / 2014.
 José Lincoln Sobral Marques
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento de saúde de sua filha, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 22 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 22 / 01 / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 075.061.889-87
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

Francisco Gabriel da Silva
FRANCISCO GABRIEL DA SILVA
RG:506858662 SSP/SP
CPF: 928.231.493-68



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Francisco Fabríel da Silva
ENDEREÇO: Rua Cândida Perce de Paiva, 249-1 - B. de Fátima
RG: 50.685.866-2 SSP/SP CPF: 928.231.493-68
DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Teresina para tratamento de saúde de filha menor com especialidade (orto-pediste).

Francisco Fabríel da Silva
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 22/01/2014

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem
Assistência Social CRESS-PI-055
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Denise

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº
01.734.317/0001-14
Fone/fax (86) 249-1314
São Miguel do Tapuio - Piauí

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: Laisla Rodrigues da Silva

LOCAL: Clifor

ENDEREÇO: Av. Principal do Viter

DATA: 23/01/2014 Próximo ao Bar

HORÁRIO: 14:00h Sampão


ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Solicitante

imento é pago pelo
bido a cobrança de

o SUS

(ou
número)

Fone

LEO
UTO
AER.

Dados Clínicos

Pé torto congênito

Data da Solicitação

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Médico
CRM/PI: 1450 CPF: 078.324.133-20

Protocolo CERAS:

Agendamento - Marcação Via Central

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e ora do Comparecimento

às

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

Caro Usuário,

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se for atendido(a).

Número do Agendamento:

EMPRESA FURTADO Nº 6794

hora da Saída	Data	Poltrona
SMT.	A	HTE
Pass. R\$ 30,00		
CPF: 352.400.753-87		
Assinatura		22.01.2014

EMPRESA FURTADO Nº 6795

hora da Saída	Data	Poltrona
De	HTE	A SMT.
Emit.	Guilherme Borges	Pass. R\$ 30,00
CPF: 352.400.753-87		
Assinatura		22.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 22 / 01 / 2014.

José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 025.811.423-16

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta com especialista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 22 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 22 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Terezeira
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

Gildan da Silva
GILDAN DA SILVA
RG: 2773652 SSP/PI
CPF: 025.811.423-16



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
 e T R A B A L H O
 Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Gildan da Silva*
 ENDEREÇO: *Salte Rte*
 RG: *2.773.652 SSP/PI*
 DATA DA SOLICITAÇÃO: *22/01/2014*
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

CPF: *025.811.423-16*

*Os passageiros à Terame para consulte com
 expediente (atb pedista)*

Gildan da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Gil

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *27/01/2014*

Alaide
 Técnico Responsável pela Triagem
 Alaide Soares Camarã
 Sistema Social CRESS-PI-SP
 CPF: 200.803.000-00

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Denise

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº
01.734.317/0001-14
Fone/fax (86) 249-1314
São Miguel do Tapuio - Piauí

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: Gildem da Silva

LOCAL: Clinica Glifor

ENDEREÇO: Av. Principal do Povo

DATA: 23/01/2014 próximo ao Bon

HORÁRIO: 14:00h
Sampão

ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

go pelo
ança de

0-318

Solicitante

Receber com sede fragata de (Fabrizio arbellan) Alentejo Acadia

Dra. Yamileidis Zaymar Lopez
CRESPEDES - RMS / P 220.0020

Protocolo CERAS:

Agendamento - Marcação Via Central

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

às

Número do Agendamento:

Caro Usuário,
Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documento se for atendido (a).



EMPRESA FURTADON^o 6797

Hora da Saída	Data	Poltrona

De ATE A SMT

Em Gilmar Marques Deservi Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87
22.01.2014
CHEFE DE GABINETE
Assinatura

EMPRESA FURTADON^o 6796

Hora da Saída	Data	Poltrona

De SMT A ATE

Em Gilmar Marques Deservi Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87
22.01.2014
CHEFE DE GABINETE
Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 18 / 12 / 13
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 032.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 18 / 12 / 2013.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 18 / 12 / 2013
 Luciana da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 009.209.413-97
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

Luciana Rodrigues da Silva
 LUCIANA RODRIGUES DA SILVA
 RG :2.075.606
 CPF: 009.209.413-97



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Luciana Rodrigues da Silva*
ENDEREÇO: *Rua Dora Rosário, 599 - Centro*
RG: *2.075.606 SSP/PI* CPF: *007.209.413-97*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *13/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

01 passagem à Terceira

Luciana Rodrigues da Silva
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *13 / 01 / 2014*

Alfonso
Técnico Responsável pela Triagem
Alfonso Soares Camargo
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.


São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Luciana Rodrigues

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 13 / 01 / 14

José Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91
Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		


RECIBO

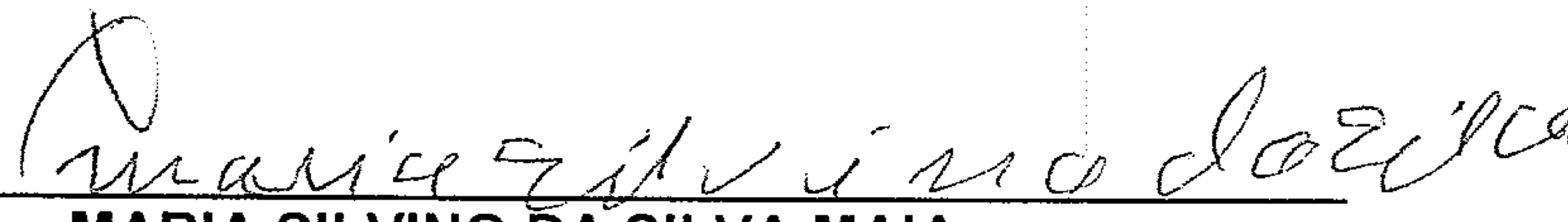
Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 13 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 13 / 01 / 2014.

Secretaria de Finanças/Tesoureiro
Maria da Cruz Pereira da Silva
CPF: 535.932.503-07


MARIA SILVINO DA SILVA MAIA
RG : 2.374.546-PI
CPF: 028.990.293-20

13/01/2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria Silveira da Silveira Ulaia*
ENDEREÇO: *Rua Felipe S/N, Centro*
RG: *9.374.546 SSP/PI* CPF: *028.990.293-20*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *13/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terenise para realizar consulta médica com oftalmologista.

Maria Silveira da Silveira Ulaia
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *13 01 2014*

[Signature]
Técnica Responsável pela Triagem
Ana Aíndes Sousa
Assistente Social CRESSP/SSP/PI-331
CPF: 200.803.923-5323-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Tamara Silveira da Silva
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

EMPRESA FURTADON 6781

Hora da Saída	Data	Poltrona
De <u>THE</u> A <u>SMT.</u>		
Emit. <u>Gilmar Marques Beserra</u>	Pass. R\$ <u>39,00</u>	
CPF: 352.400.753-87		<u>13.01.2014</u>
CHÉFE DE GABINETE		
Assinatura		

EMPRESA FURTADON 6780

Hora da Saída	Data	Poltrona
De <u>SMT.</u> A <u>THE</u>		
Emit. <u>Gilmar Marques Beserra</u>	Pass. R\$ <u>39,00</u>	
CPF: 352.400.753-87		<u>13.01.2014</u>
CHÉFE DE GABINETE		
Assinatura		



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 27 / 01 / 2014.

José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta de sua filha, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 27 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

Jocilene de Araujo Sousa
JOCILENE DE ARAUJO SOUSA
 RG: 1931799 SSP/PI
 CPF: 828.929.583-49



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 - CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 - 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Jacilene de Araújo Sousa
ENDEREÇO: São Nicolau
RG: 1.931.799 5812 CPF: 828.519.583-49
DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terma para tratamento de
saúde da filha e médico especialista (ortopedista)

Jacilene de Araújo Sousa

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014

[Assinatura]
Técnica Responsável pela Triagem

Assistente Social CRESS-PA
CPF: 200.893.923-00

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº

01.734.317/0001-14

Fone/fax (86) 249-1314

São Miguel do Tapuio - Piauí

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: Luana Azevedo Lima

LOCAL: Clinica São Lucas

ENDEREÇO: Praça Paisandu

DATA: 20/01/2014 Ao lado do

HORÁRIO: 07:00h Hócio

ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendente: Andreia / Neide

SAÚDE

-PI

AMES

é pago pelo
cobrança de

(ro)

Solicitante
Data

8116-4585

(Andreia R.C.S)

A.C.S:

Andreia

8116-4585

Lima

delegado

municipal

de Nascimento
e, lavadores,
m nove -

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e ora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

___/___/___ às ___:___

Caro Usuário,

Número do Agendamento: _____

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se for atendido(a).

Referido a verdade e dou fe

20 de agosto

Neuma Bezerra Mendes Araújo

EMPRESA FURTADO Nº 6799

Hora da Saída	Data	Poltrona

De SMA A HTE

Emit. Gilmar Marques B. Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Assinatura 27.01.2014

EMPRESA FURTADO Nº 6800

Hora da Saída	Data	Poltrona

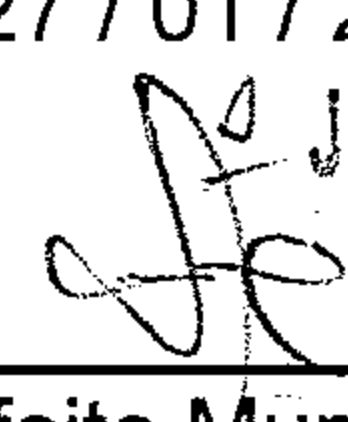
De HTE A SMA

Emit. Gilmar Marques B. Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Assinatura 27.01.2014



PAGUE-SE
 EM 27 / 01 / 2014.

 José Lincoln Sobral Mota
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

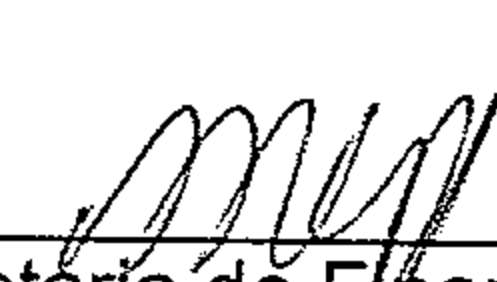
RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento com especialista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 27 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro


 OTACILIA MARIA DA CONCEIÇÃO LOPES
 RG: 2.609.532 SSP/PI
 CPF: 006.996.023-27

27/01



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Otacilia Maria da Conceição Lopes
ENDEREÇO: Titulares
RG: 2.609.532 SSP/PI CPF: 006.996.023-27
DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 parafusos à Tereza para tratamento de parafusos com especialista (ortopedista)

Otacilia Maria da Conceição Lopes

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014

[Signature]

Técnico Responsável pela Triagem

Assistente Social CRESS-PI-351
CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº

01.734.317/0001-14

Fone/fax (86) 249-1314

São Miguel do Tapuio - Piauí

mulher
Nº 211

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: Otacilia Maria da Conceição

LOCAL: Clínica São Lucas

ENDEREÇO: Rua Paisandu

DATA: 28/01/2014 Ao lado do

HORÁRIO: 07:00h HDIC

Antônia Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ nº 01.734.317/0001-14
ANTÔNIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cópia Solicitante

Procedimento é pago pelo
proibida a cobrança de

Cartão SUS

211
(Tipo, Número)

Fone

Médico Solicitante

P. Bezerra

CRM
PI 5181

*Pressa Retirar
do PMS*

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

___/___/___ às ___:___

Caro Usuário,

Número do Agendamento: _____

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documento se for atendido (a).

Cidade: _____

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Bairro Ilhotas - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64.014-090 - Teresina - Piauí • C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

EMPRESA FURTADON 6701

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMT A FHE

Emit. Gilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE

Assinatura

27.01.2014

EMPRESA FURTADON 6702

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De FHE A SMT

Emit. Gilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE

Assinatura

27.01.2014



PAGUE-SE
EM 27 / 01 / 2014.

João Lincoln Sobral Ramos
 Prefeito Municipal
 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para tratamento de sua filha, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 27 / 01 / 2014.

MM Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Eliane Ferreira Viana

ELIANE FERREIRA VIANA
RG: 2.064.197 SSP/PI
CPF: 869.708.443-15



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Eliane Jansen Vieira*
ENDEREÇO: *Cochoeira*
RG: *2.064.197 SSP/PI* CPF: *869.708.443-15*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*De passagem à Terceira para tratamento de
saúde da filha (Analia Beatriz) com médico
especialista (radiologista)*

Eliane Jansen Vieira

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *27/01/2014*

Alcides Soares Camar
Técnico Responsável pela Triagem
CPF: 200.893.923

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES**

Autorização: 16485901442

Emissão: 16/01/2014

Usuario: AMALIA BEATRIZ VIANA DA SILVA

Cartão SUS:

Nascimento: 18/07/2003

Local de Atendimento: SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE AREA LEAO

Endereço: RUA ROTARY CLUB, S/N

Bairro: SATELITE

Fones: (86)3215-9203 (86)3215-9205

Profissional: DANILO PINHEIRO PEDROSA

CBO: Medico em radiologia e diagnostico por imagem

Procedimento(s):

0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

Atendimento (Data, Hora): Terca, 28 de Janeiro de 2014 as 17:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

HOSPITAL INFANTIL LUCIANO PATELLA

José Roberto Coelho

Assinatura/Campo Responsável pelo Agendamento

Fone: (86) 3222-0797

Rua Vasconcelos, 730 - Centro/Sul

FORMULÁRIO TIPO III/12

EMPRESA FURTADO Nº 6705

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMT. A HTE

Emit. Pilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.408.753-87
CHEFE DE GABINETE

27-01-2014

Assinatura

27-01-2014

Assinatura

CHEFE DE GABINETE

CPF: 352.408.753-87

Emit. Pilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00

De HTE A SMT.

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

6706

EMPRESA FURTADO Nº

EMPRESA FURTADO Nº 6704

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De HTE A SMT.

Emit. Pilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.408.753-87
CHEFE DE GABINETE

27-01-2014

Assinatura

EMPRESA FURTADO Nº 6703

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMT. A HTE

Emit. Pilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00

CPF: 352.408.753-87
CHEFE DE GABINETE

27-01-2014

Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 28 / 01 / 2014.
José Lincoln Sobral Aires
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.258-91
Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

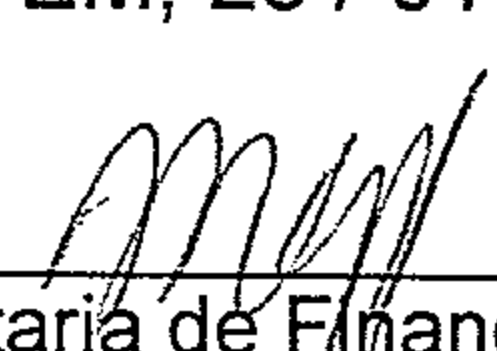
RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para avaliação médica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 28 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 28 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
Tesoureira
CPF: 536.992.003-47
Secretaria de Finanças/Tesoureiro


ANA PAULA LEANDRO DE SOUSA
RG: 2.789.319 SSP/SP
CPF: 029.132.863-64



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Ana Paula Leonardo de Sousa
ENDERECO: Juazeiro
RG: 2.789.319 SSP/PI CPF: 029.132.863-64
DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/02/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 pomagens à Terceira para avaliação
médica no Hospital de Doenças Tropicais Natan
Buttle.

Ana Paula Leonardo de Sousa
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 28/02/2014

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem

Assistente Social CRESS-PI-35
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Ana Paula Leonardo de Sousa
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



ESTADO DO PIAUÍ
 Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
 SECRETARIA MUNICIPAL MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ: 01.754.317/0001-14
 Fone: (88) 3249-1314 - São Miguel do Tapuio - PI



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
 RECEITUÁRIO

Paciente Umo Paulo Francisco Vasquez

Encaminhamento ao Hospital
 Nohem Perils (ANIC)

Paciente, masculino, 25 anos, refere
 prurimento pruriginoso em antebraço
 causado por picada de percebis
 há um dia 10 dias, evoluindo e
 com picadas no local da
 ferida. em uso de amoxicilina
 clindamicina (D1), melicis nucleos
 e anti-histáico.

Data 28/03/14

Ana Rita P. Melo
 MEDICINA
 CRM-PI 4982
 Assinatura do Profissional

"Respeito a nossa gente"

EMPRESA FURTADO Nº 6708

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De SMA A FHE

Emit. [Signature] Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
28.01.2014
CHEFE DE CABINETE
Assinatura

EMPRESA FURTADO Nº 6709

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De FHE A SMA

Emit. [Signature] Pass. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
28.01.2014
CHEFE DE CABINETE
Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 30 / 01 / 2014.

Jose Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento de saúde com médico gastroenterologista, conforme cadastro da Assistência Social.


Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 30 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
Descontos:	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 30 / 01 / 2014.


Maria da Cruz Pereira da Silva
Secretaria de Finanças/Tesoureiro


HELENA SOARES LIMA
RG: 2.001.542-8SSP/PI
CPF: 002.842.873-00



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Helena Soares Lima
ENDEREÇO: Wato Prome
RG: 2.001.542.588/PI CPF: 002.842.873-00
DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/02/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Teremia para tratamento de saúde e especialista (gastroenterologista)

Helena Soares Lima

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/02/2014

Técnico Responsável pela Triagem

Helena Soares Lima
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 16624511486**Emissão:** 20/01/2014**Usuário:** HELENA SOARES LIMA**Cartão SUS:** 160045359910003**Nascimento:** 17/07/1960**Local de Atendimento:** HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV**Endereço:** AV FREI SERAFIM, 2352**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)3221-3040 (86)3221-6962**Profissional:** ANTONIO DE BARROS ARAUJO FILHO**CBO:** Medico gastroenterologista**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Sexta, 31 de Janeiro de 2014 as 07:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carrinho/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivaldo Sabóia Cardoso

CPF 037.846.523-90


CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES

EMPRESA FURTADON Nº 6711

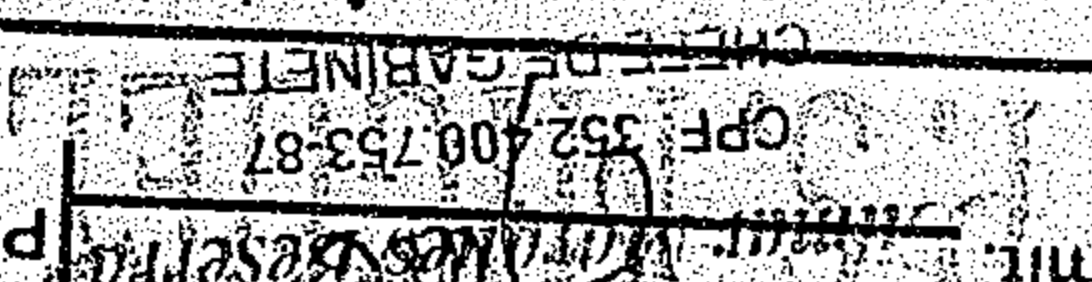
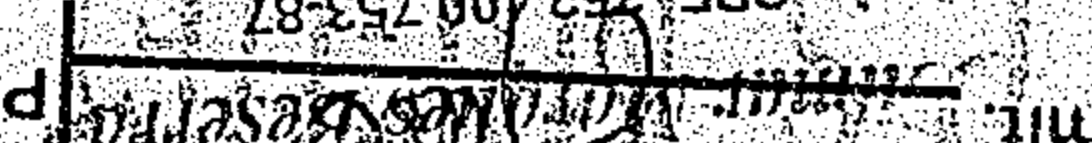
Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

De tms A tms

Emit:  Pass. R\$ 39,00

30.01.2014
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Assinatura

Assinatura


CHEFE DE GABINETE
CPF: 352.400.753-87
Emit:  Pass. R\$ 39,00

De tms A tms

Hora da Saída	Data	Poltrona
---------------	------	----------

EMPRESA FURTADON Nº 6710



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM,30 / 01 / 2014
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-01
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta médica nefrologista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 30 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 30 / 01 / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.912.803-87
 Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Elizângela Sousa Ferreira
ELIZANGELA SOUSA FERREIRA
RG: 2.223.861SSP/PI
CPF: 951915343-87



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com

3064



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Elisângela Sausa Ferreira
ENDEREÇO: Cochoeira
RG: 2.223.861 SSP/PI CPF: 954.915.343-87
DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

Os passagens é Termino para consulte
medica com especialista (nefrologista)

Elisângela Sausa Ferreira

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 28/01/2014

[Assinatura]

Técnico Responsável pela Triagem

[Assinatura]
Técnicas Soares Câmara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 17014491458**Emissão:** 27/01/2014**Usuário:** ELISANGELA SOUSA FERREIRA**Cartão SUS:** 160578944140001**Nascimento:** 05/02/1980**Local de Atendimento:** CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO - CISLA**Endereço:** RUA MAGALHAES FILHO, 152**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)2236-776 (86)2236-836**Profissional:** RAIMUNDO ANTONIO CARDOSO JUNIOR**CBO:** Medico nefrologista**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Segunda, 3 de Fevereiro de 2014 as 07:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivaldo Sabota Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HE A SM. No. 0662

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra

CPF 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

30.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SM. A HE No. 0661

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra

CPF 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

30.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 09 / 01 / 2014
José Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.655.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		


RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 09 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 09 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessoureira
Secretaria de Finanças/Tesoureira
CPF: 062.103-97


DONÁRIO ALVES ARAGÃO
RG: 4512728 SSP/GO
CPF:

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para DONALDO A. ARAÚJO Doc. 4512728

De SMT. A JHE Nº 0586

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

09.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para DONALDO A. ARAÚJO Doc. 4512728

De JHE A SMT. Nº 0587

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

09.02.2014



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 08 / 01 / 2014.
 José Lisbânia Sobral Pinho
 Prefeito Municipal
 CPF: 332.695.253-9
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para senhora MARIA LISBANHA ALVES PINHO, para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 08 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
 EM, 08 / 01 / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

LIANA MARQUES DE PINHO
 RG: 2.001.861 SSP/SP
 CPF: 007.370.053 – 35



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Marie Bisbarha Alves de Pinho*
ENDEREÇO: *Tabocas*
RG: *2748.410 SSP/PI* CPF: *835.555.523-68*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *06/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

04 passagens à Grupo Ulaín para tratamento de saúde

Liana Marques de Pinho

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *06/01/2014*

[Assinatura]

Técnico Responsável pela Triagem
Ana Alcides Soares Camara
Assistência Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

Autorizo a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE - SESAPI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

D.R.S.
5ª

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PIAUÍ

HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N • FONE: (86) 3249-1143

Mês Ano

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade:

HOSPITAL JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA

Para:

Nome da Pessoa Encaminhada:

MARIA LISBAMIA ALVES DE PINHO

Registro:

Motivo do Encaminhamento:

FRATURA DO PE E.

Observações:

Data

06, 01, 14

Resp. pelo encaminhamento

Obs.: Deve ser Adquirido no Centro de Saúde. Unidade Mista e Hospitalar Local ou Reg.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientação:

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para M^o LISBARRA A. PIETRO Doc. 2.748.410

De e. miora smt. Nº 0583

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 25,00

CPF: 352.400.753-87

Prefeitura Municipal

08.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para M^o LISBARRA A. PIETRO Doc. 2.748.410

De smt. A e. miora Nº 0581

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 25,00

CPF: 352.400.753-87

Prefeitura Municipal

08.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para M^o LISBARRA A. PIETRO Doc. 2.748.410

De e. miora smt. Nº 0582

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 25,00

CPF: 352.400.753-87

Prefeitura Municipal

08.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para M^o LISBARRA A. PIETRO Doc. 2.748.410

De smt. A e. miora Nº 0580

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 25,00

CPF: 352.400.753-87

Prefeitura Municipal

08.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 14 / 01 / 14
 José Lincoln Sobral M...
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 14 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 14 / 01 / 2014
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

CLYSSISSIA FERNANDES CAMPELO
 RG :2.362.614
 CPF: 972.348.933-34

13/01



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Waldes Campelo Baine*
ENDEREÇO: *Rua Serpente, 10 - Centro*
RG: *437.272.558/PI* CPF: *183.478.861-72*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *13/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 passagens à Terame para seguimento ambu-
lância no Hospital São Marcos*

Cláudia Fernandes Campelo

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *13 / 01 / 2014*

Flávia

Técnica Responsável pela Triagem
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:
Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.


São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

X Clyssia Fernandes Compes
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 14 / 01 / 2014.


José Lincoln Sobral
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255/9

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

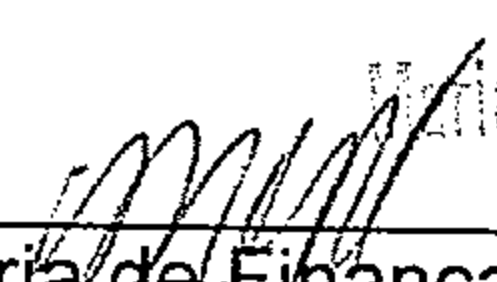
RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para (ANTONIA ISIDIA FERREIRA DA COSTA) para seguimento oncologio, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 14 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
EM, 14 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessoureira
CPF: 052.695.255-57
Secretaria de Finanças/Tesoureiro


PETRONILIO RODRIGUES DA COSTA
RG: 2238333 SSP/PI
CPF: 051.561.608 – 75



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Antania Jádica Gouveia de Costa*
ENDEREÇO: *Palmeira de Cane*
RG: *783.748 SSP/PI* CPF: *322.506.303-72*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *14/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*04 passagens à Teremia para sequenciamento oncológico
no Hospital São Marcos.*

Antania Jádica Gouveia de Costa (assinada)
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *14/01/2014*

Alfonso
Técnico Responsável pela Triagem
Assistência Social CRESS-PI-35
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: */ /*

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES**

Autorizacao: 16356491450

Emissao: 14/01/2014

Usuario: ANTONIA ISIDIA FERREIRA DA COSTA

Nascimento: 17/04/1968

Cartao SUS: 160043313340008

Local de Atendimento: HOSPITAL SAO MARCOS

Endereco: RUA OLAVO BILAC, 2300

Bairro: CENTRO

Fones: (86)2106-8000 (86)2106-8006

Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO

CBO: MEDICO ORTOPEDISTA SEGUIMENTO ONCOLOGICO

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA.

Atendimento (Data, Hora): Terca, 21 de Janeiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

~~Francisco Rivando Sabóia Cardoso~~

~~CPF 037.646.523-90~~

~~CENTRAL DE MARCAÇÃO DE~~

~~CONSULTAS E EXAMES~~

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A FHE No. 0607

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra - Exc. Bag. R\$ 39,00
Reserva Total. R\$

CPF: 352.400.753-87

Prefeitura Municipal - CHEFE DE GABINETE

14.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A FHE No. 0609

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra - Exc. Bag. R\$ 39,00
Reserva Total. R\$

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

14.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De FHE A SMT. No. 0608

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra - Exc. Bag. R\$ 39,00
Reserva Total. R\$

CPF: 352.400.753-87

Prefeitura Municipal - CHEFE DE GABINETE

14.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De FHE A SMT. No. 0610

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra - Exc. Bag. R\$ 39,00
Reserva Total. R\$

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

14.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 16 / 01 / 2014.

Lincoln Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91
Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta de sua filha, conforme cadastro da Assistência Social.

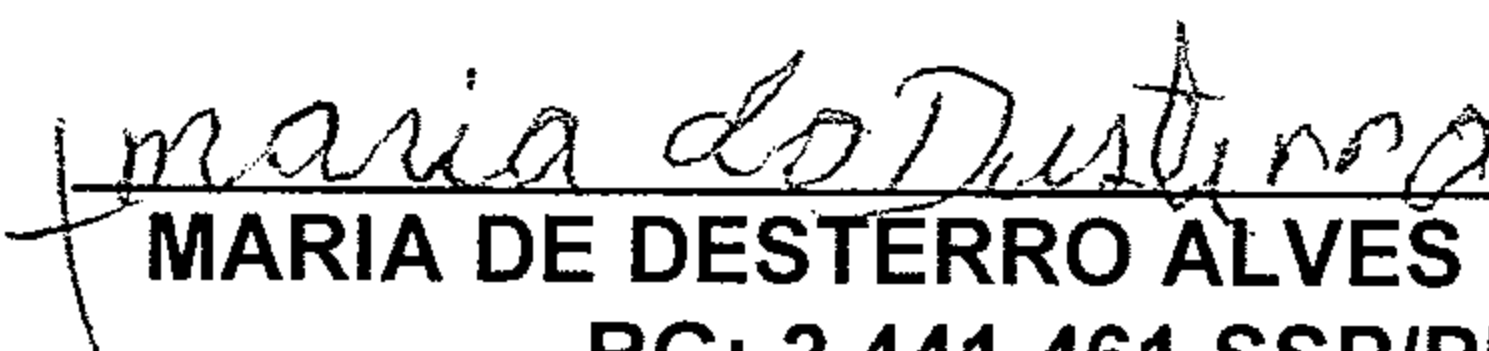
Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 16 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 16 / 01 / 2014.


Secretaria de Finanças/Tesoureiro


MARIA DE DESTERRO ALVES DA SILVA
RG: 2.441.461 SSP/PI
CPF: 037.004.663 – 31



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria do Destino Alves da Silva*
 ENDEREÇO: *Rua Azeite, S/N - Centro*
 RG: *2.441.461 SSP/PI* CPF: *037.004.663-31*
 DATA DA SOLICITAÇÃO: *13/01/2014*
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 passagens à Teresina para consulta de
 filha no Hospital Infantil Buciado Partello.*

Maria do Destino Alves da Silva
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 13 / 01 / 2014

[Signature]
 Técnico Responsável pela Triagem
 Ana Alcides Soares Câmara
 Assistente Social CRESS-PI-356
 CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:
 Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorizacao:** 16276941450**Emissao:** 13/01/2014**Usuario:** LIVIA MARIA ALVES TEIXEIRA**Cartao SUS:** 898004107193367**Nascimento:** 17/01/2013**Local de Atendimento:** HOSPITAL INFANTIL LUCIDIO PORTELLA**Endereco:** RUA GOV ARTUR DE VASCONCELOS, 220**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)3221-5581**Profissional:** MANOEL RODRIGUES COSTA REIS**CBO:** Medico pediatra**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Sexta, 17 de Janeiro de 2014 as 13:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

Francisco Ricardo Sabóia Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 16 / 01 / 14

M José Lincoln Sobral Santos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 16 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 16 / 01 / 2014

Maria da Cruz Pereira da Silva
Secretaria de Finanças/Tesoureiro
CPF: 535.982.883-87

Donário Alves Aragão
DONÁRIO ALVES ARAGÃO
RG :4512728-GO
CPF:

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A HHE No 0615

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra
Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

16.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A HHE No 0614

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra
Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

16.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, / / 2014
 José Lincoln Sobral M...
 Prefeito Municipal
 52.695.255-91

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, o valor de R\$: 78,00 (setenta e oito reais), referente a 02 passagens à Teresina para realizar consulta com especialista (ortopedista). Conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, ____ / ____ / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido	R\$ 78,00

PAGO
 EM, / / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro
 CPF: 539.962.663-87

Fernanda Alves dos Reis
FERNANDA ALVES DOS REIS
CPF: 018.253.353-03



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Fernanda Alves dos Reis
ENDEREÇO: Morro Alegre
RG: 2.617.355 SSP/PI CPF: 018.253.353-03
DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/04/2013
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terenma para realizar consulta
com especialista (ortopedista)

Fernanda Alves dos Reis
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 21/04/2014

Alaides Soares Camarã
Técnico Responsável pela Triagem

Alaides Soares Camarã
Assistente Social CRESS-PI-355
CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº
01.734.317/0001-14
Fone/fax (86) 249-1314
São Miguel do Tapuio - Piauí

Andréia f
Neide

246559

estabelecimento Solicitante

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: Fernanda Alves dos Reis

LOCAL: Clinica São Lucas

ENDEREÇO: Prximo do HGV

DATA: 22/01/2013 do lazo do HOIC

HORÁRIO: 13:30h


ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Raça/Cor

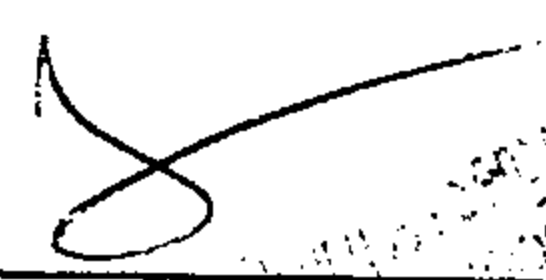
CEP

Dados Clínicos

ketonus

Carimbo/Assinatura do Profissional de Saúde

Data: / /


Dr. SOTHER

Dados do Agendamento

Local de Atendimento

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Nome do Profissional de Saúde

Data e Hora p/ Comparecimento

Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento

/ / às :

USUÁRIO.

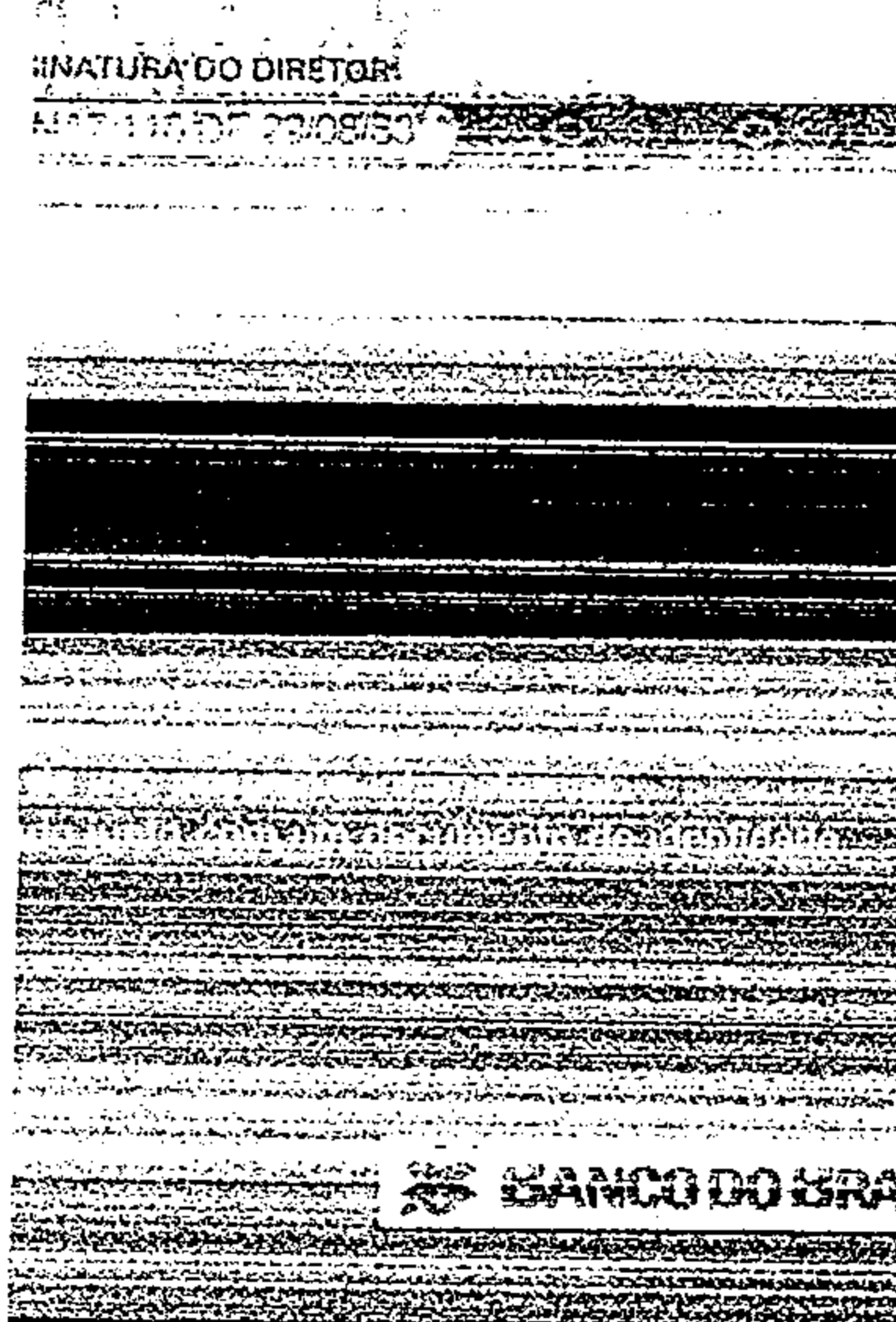
Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha se houver atendimento.

Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

2013
VIA DOS REIS
dos Reis
26-01-13
DATA DE NASCIMENTO
Liv. A-10-fls. 93-Ext
Tapuio, 24.09.1984.



Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FERNANDA A. LOTS Doc. 2.617.355

De SMT. A THE Nº 0618

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Jilmar Marques Beserra
Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

21.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FERNANDA A. LOTS Doc. 2.617.355

De THE A SMT. Nº 0619

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Jilmar Marques Beserra
Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

21.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 21 / 01 / 2014.
 José Lincoln Sáral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.495.253-91
Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para realizar consulta com especialista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 21 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 21 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureiro(a)
 CPF: 535.982.003-37
Secretaria de Finanças/Tesoureiro

RITA ROSA DE M. CAMPELO
RG: 2.074.508 SSP/PI
CPF: 787.145.673-34



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Rita Rose de Almeida Campos
 ENDEREÇO: Rua Ulaia Pereira de Siqueira, 85 - B. N. de Fátima
 RG: 2.074.508 SSP/PI CPF: 787.145.673-34
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/04/2014
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terena para realizar consulta
 com especialista / ortopedista

Rita Rosa de Macedo Campos
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 21/04/2014

[Assinatura]
 Técnico Responsável pela Triagem
 Assistência Social CRESS-PI-33
 CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:
 Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Andeia / Neide

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Leônidas Melo, S/N, Centro – CNPJ Nº
01.734.317/0001-14
Fone/fax (86) 249-1314
São Miguel do Tapuio – Piauí

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: José Bonfim Campelo Filho

LOCAL: Clínica São Lucas

ENDEREÇO: Próximo ao HGV

DATA: 22/01/2013

HORÁRIO: 13:30h

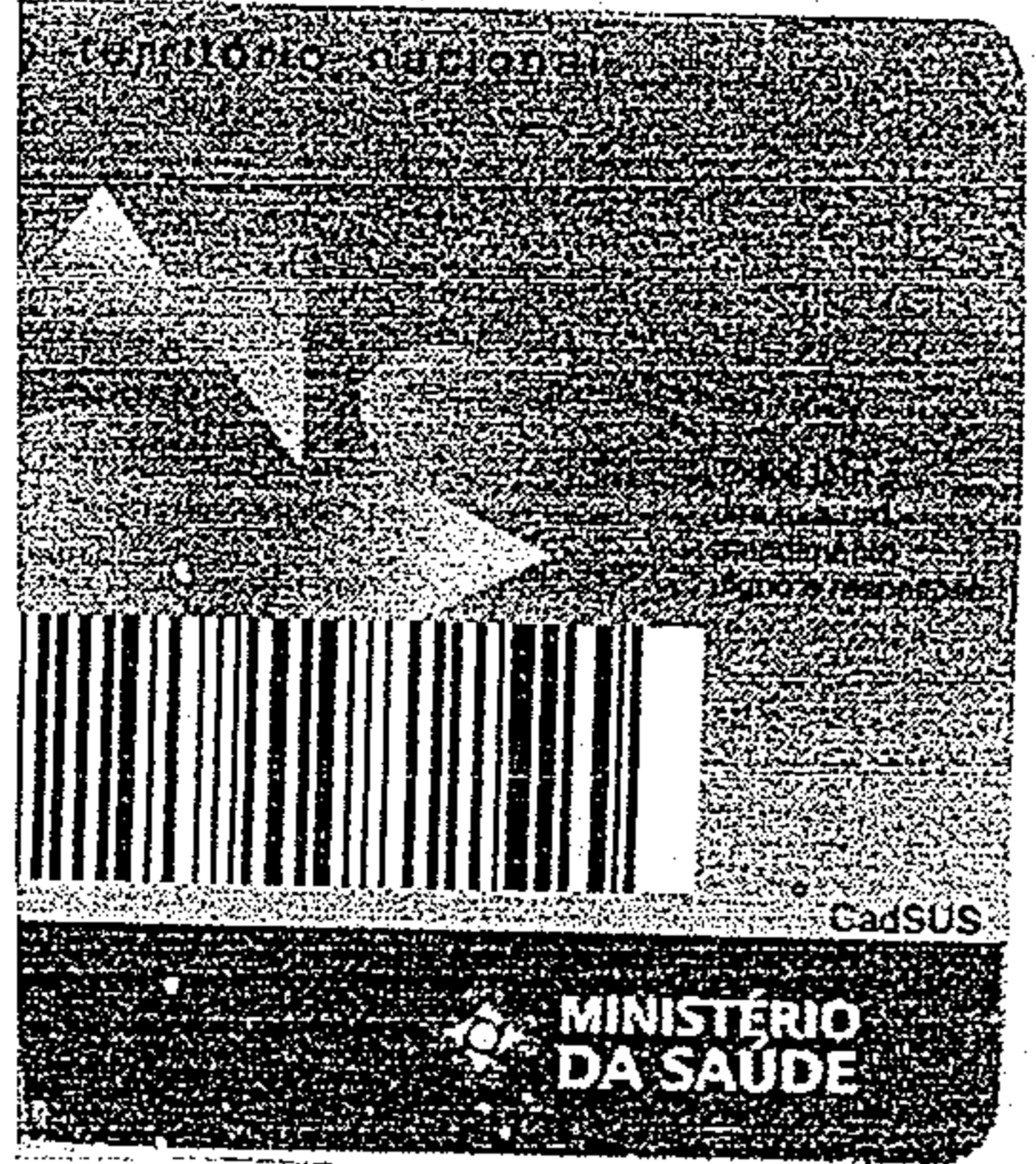
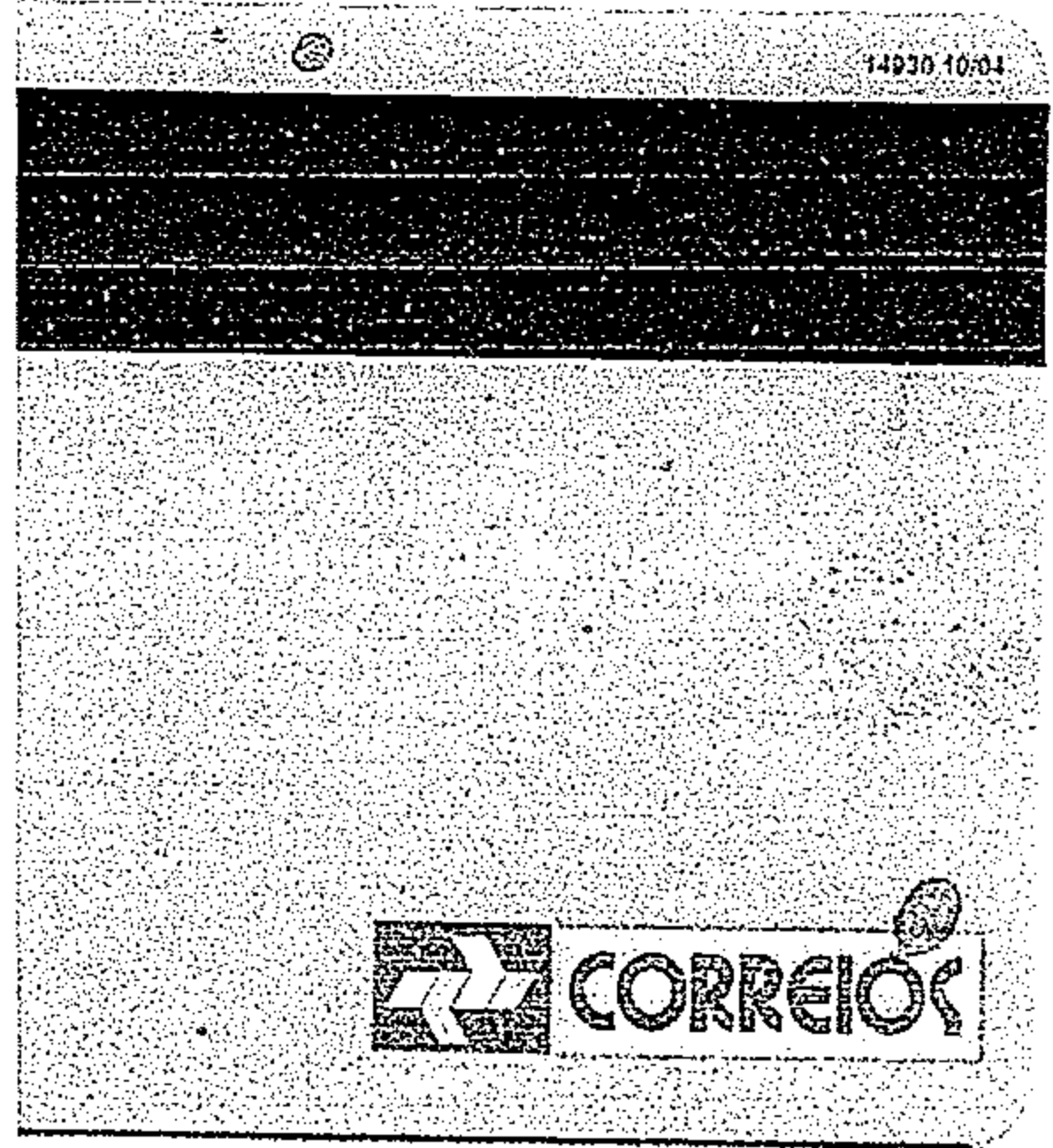
do lado do
HDIC


ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

203339
do do Estabelecimento Solicitante
ambulatório
CIDADE SATELITE

JS
Raça/Cor
Mail
CEP
ones

TERRITÓRIO NACIONAL
3 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/05
ELO FILHO
ELO CAMPELO
ELO DATA DE NASCIMENTO
PUIO-PI 16/11/1987
L A15 F 006V
TAPUIO-PI 19/11/91
16 DE 29/08/83



Indico tratamentos cirúrgicos = pop-operatório

Data: / / Carimbo/Assinatura do Profissional de Saúde

Dados do Agendamento
Local de Atendimento
Endereço (Logradouro, Número/Lote)
Nome do Profissional de Saúde
Data e Hora p/ Comparecimento às :
Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento

CARO USUÁRIO.
Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Rita R. M. Campos Doc. 2.074.508

De SMT. A THE No. 0620

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Total. R\$ 39,00

Gilmar
Gilmar Marques Beser
CPF: 352.400.753-87
SECRETÁRIO DE GABINETE
Prefeitura Municipal

21.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Rita R. M. Campos Doc. 2.074.508

De THE A SMT. No. 0621

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Total. R\$ 39,00

Gilmar
Gilmar Marques Beser
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 14 / 01 / 14
José Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-97

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 04 (quatro passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 14 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ 156,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 14 / 01 / 2014
Maria da Cruz Pereira da Silva
Secretaria de Finanças/Tesoureiro
CPF: 533.962.883-87

Edivane Soares Costa

EDIVANE SOARES COSTA
RG :37.325.395-3
CPF: 311.440.368-95

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SAO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RIBARDO GUMBERTO DA UNIF

PROIBIDO PLASTIFICAR

81100-0

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

Klysiane Valtenes Soares Araujo

2485-010033

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Numero

068.174.423-54

Nome

KLYSIANE VALTENES SOARES ARAUJO

Nascimento

17/06/1996

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

52.906.401-7

DATA DE EMISSÃO 11/AGO/2008

EXPIRAÇÃO 11/JUN/1996

KLYSIANE VALTENES SOARES ARAUJO

FILIAÇÃO VALDIR GOMES DE ARAUJO

EDIVANE SOARES COSTA

SANTO ANTONIO DO TAPUIO - PI

PRIMEIRA SAO MIGUEL DO TAPUIO - PI

SANTO ANTONIO DO TAPUIO - PI

CNPJ 14.853.103 / N.º 019291

2008

24 Delegado Distritário

CHARLES ALTONIO DE SASSIMARAO PEREIRA IRGD, SSP, S.º

LEI Nº 7.191 DE 29/08/83

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 10:57:07 do dia 13/06/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço

CODIGO DE CONTROLE

DB900CC2A B90A 7612



Diagnóstico Médico por Imagem

KLYSIANE VALTENES SOARES ARAUJO

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA
COMPARECEU A CONSULTA MÉDICA NA DATA DE 06 DE DEZEMBRO
DE 2013 E NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO EM CONSULTAS
MENSAS POIS ESTÁ EM TRATAMENTO COM ISOTRETINOÍNA PARA
CID-10 L-70.0.
CONSULTOU HOJE: 17 DE JANEIRO DE 2014.
SEM MAIS.

Teresina, 17/01/2014

Dr. Lauro Rodolpho S. Lopes
Dermatologista
CRM-PI 3111
TEL 6766
[Handwritten Signature]
Dr. LAURO RODOLPHO SOARES LOPES
CRM 3111

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax 3221-0099 • Teresina - Piauí

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De smt. A HTE Nº 0603

Data 1/1/ Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____
Total.R\$ 39,00
Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

14.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HTE A smt. Nº 0606

Data 1/1/ Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____
Total.R\$ 39,00
Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

14.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De smt. A HTE Nº 0604

Data 1/1/ Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____
Total.R\$ 39,00
Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

14.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HTE A smt. Nº 0605

Data 1/1/ Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____
Total.R\$ 39,00
Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

14.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 22 /01/2014

José Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 22/01/2014

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 156,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 22/01/2014

Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessoureira
Secretaria de Finanças/Pesoureira-97

Givaldo Soares da Silva

GIVALDO SOARES DA SILVA
RG : 1.324.927 - PI
CPF: 348.671.968-86

21/02



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Eliene Germano da Silva*
ENDEREÇO: *Soco do Juazeiro*
RG: *2.116.452 5 SP/PI* CPF: *930.277.883-53*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *20/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

04 passagens à Terenue para realizar exame com especialista (radiologista)

Eliene Germano da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *20/01/2014* _____
Técnico Responsável pela Triagem
Ana Alcides Soares Câmara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:
Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: ____/____/____

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAAO DE CONSULTAS/EXAMES**

Autorizacao: 16430751449

Emissao: 20/01/2014

Usuario: ELIENE GERMANO DA SILVA

Cartao SUS: 898002943121217

Nascimento: 08/03/1982

Local de Atendimento: HOSPITAL SAO MARCOS

Endereco: RUA OLAVO BILAC, 2300

Bairro: CENTRO

Fones: (86)2106-8000 (86)2106-8006

Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO

CBO: Medico em radiologia e diagnostico por imagem

Procedimento(s):

0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE

Atendimento (Data, Hora): Quinta, 23 de Janeiro de 2014 as 07:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Mikaela Sacha Araujo C. da Silva

Matr.: 4565 / Aux. Adm.


Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FELIPE G. SILVA Doc. 2.116.452

De Smt. A THE Nº 0622

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

22.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FELIPE G. SILVA Doc. 2.116.452

De Smt. A THE Nº 0623

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

22.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FELIPE G. SILVA Doc. 2.116.452

De THE A Smt. Nº 0624

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

22.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FELIPE G. SILVA Doc. 2.116.452

De THE A Smt. Nº 0625

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

22.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM, 22 /01/2014

José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) campo maior – PI para concessão de BPC junto ao INSS, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 22/01/2014

Valor Bruto	R\$ 50,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 50,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 22/01/2014

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureira
 CPF: 035.962.033-07



MARIA DO DESTERRO S. COSTA
RG : 1.845.975 - PI
CPF: 911.868.033-04



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria do Destino de Sousa Costa*
ENDEREÇO: *São Francisco*
RG: *1.845.975 SSP/PI* CPF: *911.868.033-04*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *22/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 parcelas à prazo para carência
de BPC - Benefício de Prestação Continuada -
pelo INSS*



ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *22/01/2014*

[Signature]
Técnico Responsável pela Triagem
Maria Alcides Soares Camara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

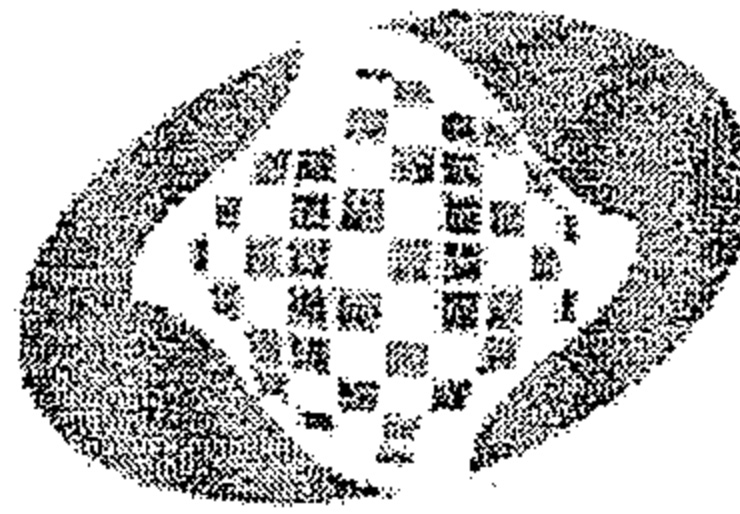
RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



PREVIDÊNCIA SOCIAL
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SAE - Sistema de Agendamento Eletrônico

Comprovante do Agendamento

Data Agendada: 24/01/2014 **Hora:** 09:15

APS: 16001010 - Agência da Previdência Social
Campo Maior
Endereço APS: Praça Aarão Santana, 203
Bairro: Centro
Município: Campo Maior

Nome: Maria do Desterro de Sousa Costa
NIT: 11995933303
Serviço: Benefício Assistencial Ao Portador de Deficiência
Data de Solicitação: 22/01/2014 **Hora:** 09:17
Código do agendamento: 1502581144

- * O atendimento só será realizado para o titular do NIT ou ao seu representante devidamente documentado.
- * Seu pedido será analisado no ato do atendimento.
- * Não esqueça de levar todos os documentos necessários.
- * Caso não seja possível seu comparecimento na data e horário agendados, você deve ligar 135 para cancelar ou remarcar seu atendimento.
- * Será permitido remarcar/cancelar este agendamento uma única vez pela Central 135.

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. 1.845.975

De smt. A e. maion Nº 0626

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 25,00

Gilmar Marques Beserra

CPF 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

22.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. 1.845.975

De e. maion smt. Nº 0627

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 25,00

Gilmar Marques Beserra


CPF 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

22.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 22 / 01 / 2014.

 José Lincoln Sobral Neto
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para avaliação medica, conforme cadastro da Assistência Social.


Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 22 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 22 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessoureira
CPF: 020.467.193-01
Secretaria de Finanças/Tesoureiro


SARA MARIA DA SILVA
RG: 2.364.768 SSP/PI
CPF: 020.467.193-01

2061



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e **T R A B A L H O**
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Maria José da Silva
ENDEREÇO: Rua Coletor José de Araújo
RG: 1.284.316 SSP/PI CPF: 678.024.003-68
DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/04/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terena para avaliação
médica de cirurgia oftalmológica realizada.

Maria Maria da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 21/04/2014

[Signature]
Técnico Responsável pela Triagem
Assistência Social
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Paciente: Marcia José da Silva
Data de nascimento: 10/11/28 Sexo () M (X) F
Endereços: Rua Celso José de Araújo

Paciente de 85 anos, foi operado de olhos (catarata) na Fundação Oftalmológica do Piauí em Teresina. Necessita voltar para ser avaliada por oftalmologista na mesma cidade (23/01/2014) e precisa de uma agenda dos serviços para Teresina

Data: 20/1/14

Dra. Yamileidis Zaymara Lopez
CREPEDES - RMS / PI 220.0020

Assinatura do Médico

“Respeito a nossa gente”

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De HFE A SMT. No. 0629

Data / / Pass. R\$

[Signature]
Exc. Bag. R\$
Total. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

22/10/2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De SMT. A HFE No. 0628

Data / / Pass. R\$

[Signature]
Exc. Bag. R\$
Total. R\$ 39,00
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

22/10/2014



**ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO**

PAGUE-SE
EM, 23 / 01 / 14

Jose Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 652.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 23 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
EM, 23 / 01 / 2014

M. Pereira da Silva
Secretaria de Finanças/Tesoureiro
Tessoureira
CPF: 535.982.683-87

Dilma Martins de Sousa
DILMA MATIAS DE SOUSA
RG :2.119.831
CPF: 915.224.553-53

23/04



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Dilma Martins de Souza*
ENDEREÇO: *Palmeira de Baixo*
RG: *2.117.834 SSP/PI* CPF: *915.224.553-53*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *15/02/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 meses em Teremia para tratamento de saúde com especialista (gastroenterologista)

Dilma Martins de Souza
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *05/02/2014*

Alcides Soares Câmara
Técnico Responsável pela Triagem
Assistente Social CRESS-PI-35ª
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorizacao:** 16278581485**Emissao:** 13/01/2014**Usuario:** DILMA MARTINS DE SOUZA**Cartao SUS:** 204013774790006**Nascimento:** 22/12/1979**Local de Atendimento:** CENTRO INTEGRADO DE SAUDE LINEU ARAUJO - CISLA**Endereco:** RUA MAGALHAES FILHO, 152**Bairro:** CENTRO**Fones:****Profissional:** MARCIA ANDREA DALBUQUERQUE CASTRO**CBO:** Medico gastroenterologista**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Sexta, 24 de Janeiro de 2014 as 14:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

Francisco Rivando Sanoia Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para DEIUMA M. SOUZA Doc. 2.119.831

De HTE A SMT. Nº 0631

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

23.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para DEIUMA M. SOUZA Doc. 2.119.831

De SMT. A HTE Nº 0630

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra 39,00

Chefe de Gabinete

Prefeitura Municipal
CPF: 352.400.753-87

23.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 24 / 01 / 2014.
José Lincoln Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-94
Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para realização de cirurgia, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 24 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
EM, 24 / 01 / 2014.
Maria da Cruz Pereira da Silva
Secretaria de Finanças/Tesoureiro
CPF: 035.600.000-87

Antonio Vieira da Silva
ANTONIO VIEIRA DA SILVA
RG: 33.121.604-8 SSP/SP
CPF: 673.725.033-53

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De FHE A SMT. No. 0635

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag.R\$

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc. 33.121.604-8

De SMT A FHE No. 0633

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag.R\$

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para FHE Doc.

De FHE A SMT. No. 0634

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag.R\$

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc. 33.121.604-8

De SMT A FHE No. 0632

Data / / Pass. R\$

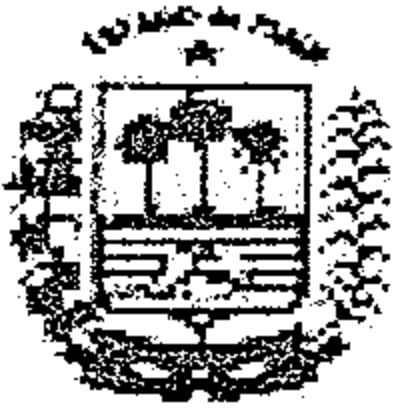
Exc. Bag.R\$

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

24.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 24 / 01 / 2014.


José Lincoln Sobral Mota
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para acompanhamento do programa de saúde auditiva, conforme cadastro da Assistência Social.


Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 24 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
EM, 24 / 01 / 2014.


Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessourera
CPF: 536.882.830-87
Secretaria de Finanças/Tesoureiro


MARIÁ DAS GRAÇAS LEITE
RG: 883.085 SSP/PI
CPF: 397.338.313-87

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro – CNPJ Nº 01.734.317/0001-14

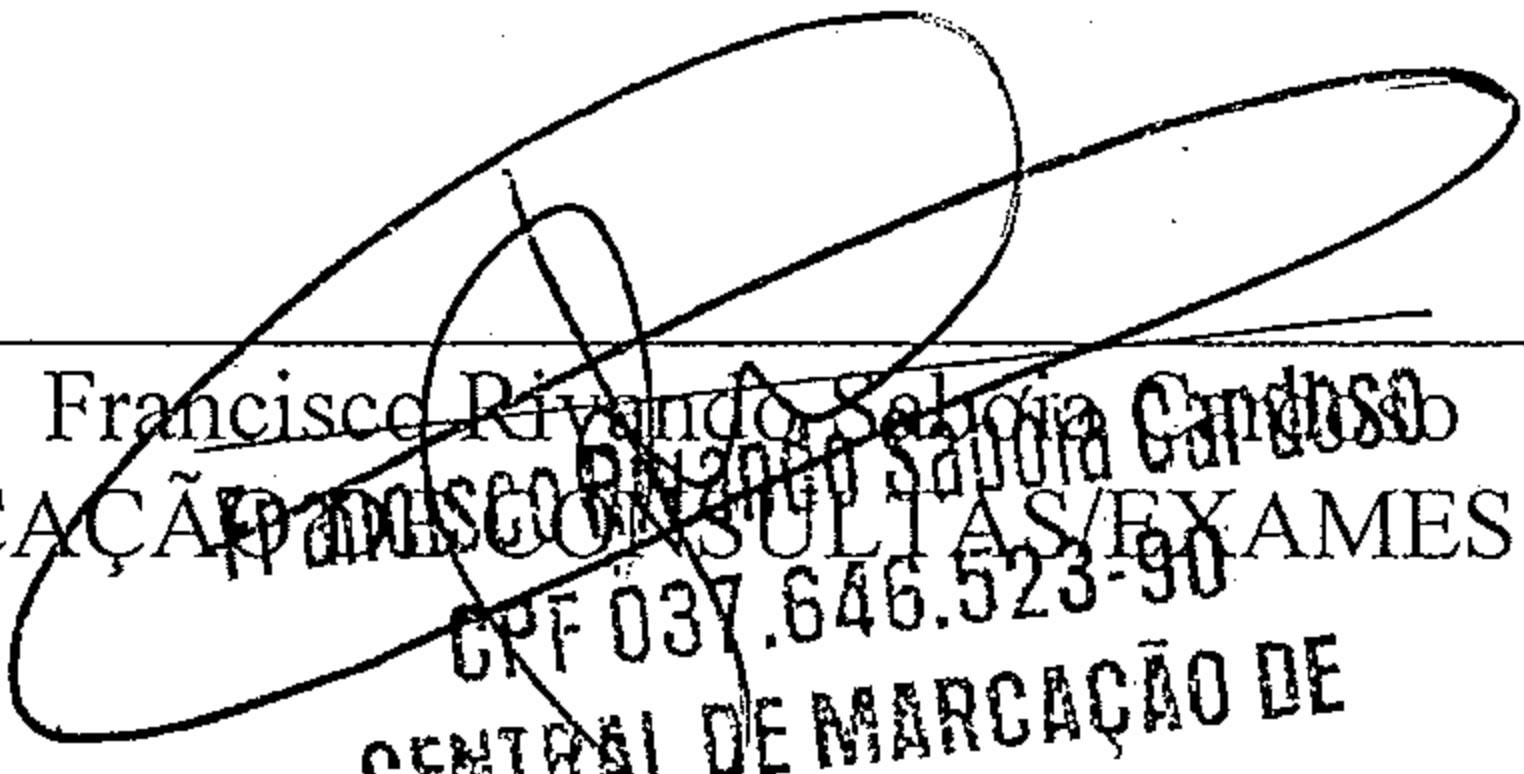
Fone: (0xx 86) 3249-1314

São Miguel do Tapuio - Piauí

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. MANOEL LEITE MARTINS, portador do RG: 827.932 e CPF: 217.495.743-49 faz acompanhamento do Programa de Saúde Auditiva, o mesmo está agendado a medição do Aparelho Auditivo para o dia 27/01/2014 (segunda-feira) às 07:00h na Clínica Otorrinos, rua Olavo Bilac, Centro, Teresina-Pi.

Esta declaração é a expressão da verdade e dou fé.


Francisco Rivaldo Sabóia Cardoso
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS
CPF 037.646.523-90
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De FHE A SMT. No. 0638

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A FHE No. 0637

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De FHE A SMT. No. 0639

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A FHE No. 0636

Data / / Pass. R\$ _____

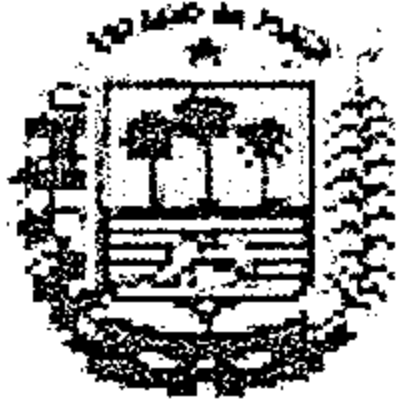
Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87


CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

24.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 24 / 01 / 2014.


José Lincoln Sobral Mafios
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.


Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 24 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 24 / 01 / 2014.


Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessoureira
CPF: 535.992.433-87
Secretaria de Finanças/Tesoureiro


RITA ROSA DE MACEDO CAMPELO
RG: 2.074.508 SSP/PI
CPF: 787.145.673-34

24/01



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Williames Nogueira Alves
ENDEREÇO: Santa Antônia dos Viados
RG: 52.940.067-8 SSP/SP CPF: 827.285.423-68
DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 passagens à Teresina para consulta
do filho menor com cardiologista*

Williames Nogueira Alves

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 22/01/2014

Alcides Soares Carneiro

Técnico Responsável pela Triagem

Alcides Soares Carneiro
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCACAO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorizacao:** 16494911404**Usuario:** LUCAS SILVA ALVES**Cartao SUS:** 898002975229021**Local de Atendimento:** HOSPITAL SAO PAULO**Endereco:** AV LINDOLFO MONTEIRO, 1551**Fones:** (86)2334-400 (86)2334-011**Profissional:** LUCIANO SERGIO COUTINHO RAMOS**CBO:** MEDICO CARDIOLOGISTA PEDIATRA**Emissao:** 16/01/2014**Nascimento:** 25/02/2011**Bairro:** JOCKEY CLUBE**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Quinta, 30 de Janeiro de 2014 as 14:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

Francisco Rivaldo Sabóia Cardoso

CPF 087.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A THE No. 0640

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHIEF OF CABINETE
Prefeitura Municipal

24.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De THE A SMT. No. 0641

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHIEF OF CABINETE
Prefeitura Municipal

24.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 27 / 01 / 2014.

Jose Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para avaliação médica com oftalmologista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 27 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.992.683-87

Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Maria Silvano da Silva

MARIA SILVINO DA SILVA MAIA
RG: 2.374.546 SSP/PI
CPF: 028.990.29320

24/02



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria Silvino de Silve Maia*
ENDEREÇO: *Rua Sergipe S/N - Centro*
RG: *2.374.546 SSP/PI* CPF: *028.990.293-20*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terenina para avaliação médica com oftalmologista

Maria Silvino de Silve Maia
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014
[Signature]
Técnico Responsável pela Triagem
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:
Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /
Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

Autorizo a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 13 / 01 / 2014.

José Lindalva Sobral Matos
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-94

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para realizar exame de endoscopia, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 13 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
EM, 13 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
Tessoureira
CPF: 535.992.893-87
Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Maria da Cruz G. da Silva
MARIA DA CRUZ GERMANO DA SILVA
RG: 1845871 SSP/PI
CPF: 936.851.733-91



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e **T R A B A L H O**
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Mania da Cruz G. da Silva.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De SMA. A HHE Nº 0598

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

13.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De HHE A SMA. Nº 0600

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

13.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De SMA. A HHE Nº 0599

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

13.01.2013

EMPRESA FURTADO Nº 6782

Hora da Saída	Data	Poltrona

De HHE A SMA.

Emit. Gilmar Marques Beserra Pass. R\$ 39,00


CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE

13.01.2014

Assinatura



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 13 / 01 / 14

 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-01
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

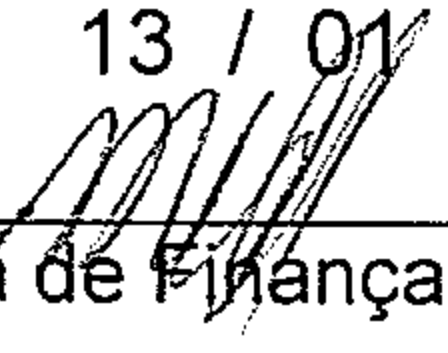
RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 04 (quatro passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 13 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ 156,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 13 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureira
 CPF: 535.982.883-07


 SEBASTIÃO CARDOSO PEREIRA
 RG:2.748.365
 CPF: 021.549.773-24



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosociaismt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Joane Cardoso Pereira*
 ENDEREÇO: *Carohocine*
 RG: *1.846.004 SSP/PI* CPF: *888.667.853-34*
 DATA DA SOLICITAÇÃO: *13/01/2014*
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

04 passagens à Teresina para seguimento tratamento oncológico

Substância Cardoso Pereira (filho)
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *13 / 01 / 2014*

Alaides Soares Camara
 Técnico Responsável pela Triagem
 Assistente Social CRESS-PI-356
 CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: */ /*

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

Autorizo a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

X Sebastião Cardoso Rocioza
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

SU

CONSULTA AGENDADA NO SISTEMA

PARA O DIA 19/1/14 1ª VEZ () SEG. ()

Médico: Edumir Vale

Horário do médico: 7:00

Cons.: 14 ALA: C2

Agendada por: Prunello
Ordem de marcação com a atendente!

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
Comprovante de Marcação de Consultas/Exames
Cartão SUS: 161795438370003 Emissão: 07/01/2014
Usuário: JOANA CARDOSO PEREIRA
Nascimento: 03/05/1945 Autorização: 16042181424

Local de atendimento: HOSPITAL SAO MARCOS
Endereço: RUA OLAVO BILAC, 2300
Bairro: CENTRO
Fones: (86)2106-8000 (86)2106-8006
Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO

CBQ: MEDICO GINECOLOGISTA MASTOLOGISTA
SEGUIMENTO ONCOLOGICO

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO
ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora):
Quinta, 16 de Janeiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento
Nao assine nada em caso de nao haver atendimento
Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assin./Carimbo/Responsável Agendamento

logico
premiar)
Sexo
 Masc.
 Fem.

Bairro
Centro
Município
SAO MIGUEL DO TAPUIO
UF
PI

Carimbo/assin. do Profissional da Saúde
Dr(a). Paula De Almeida Melo
CRM: 4489PI

na - PI
Carimbo/assin. do Responsável pela marcação

CARO USUÁRIO,

Nº DA MARCAÇÃO: _____

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja marcada nova consulta.

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A HTE No. 0592

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

13.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A HTE No. 0593

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

13.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HTE A SMT. No. 0594

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

12.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HTE A SMT. No. 0595

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag.R\$ _____

Total.R\$ 39,00


Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

13.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 13 / 01 / 14


 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-96

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

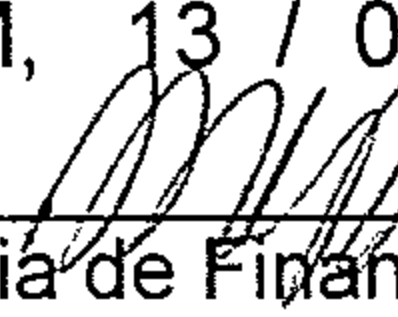
Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.


Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 13 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 13 / 01 / 2014.


 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 Secretaria de Finanças/Tesoureiro
 CPF: 025.125.152.883-87


 MARIA DO DESTERRO DE SOUSA COSTA
 RG:1.845.775
 CPF: 911.868.033-04

13/01



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria do Destino de Sane Costa*
ENDEREÇO: *São Francisco*
RG: *1.845.975 SSP/PI* CPF: *911.868.033-04*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *13/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 passagens à campo labor para realizar
perícia no INSS concernentes de BPC - Benefício de
Prestação Continuada)*



ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *13/01/2014*

[Signature]
Técnica Responsável pela Triagem
Assistente Social - RESS-PI-58
CPF: 200.13.423.62

AUTORIZAÇÃO:
Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: */ /*

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.



X _____
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

AGENTAMENTO PELO TELEFONE 135

BENEFICIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIENCIA

Nome: Maria do Desterro de Sousa Costa

Data: 15/01/14

Hora: 09h00min

Local de atendimento: Agência da Previdência Social Campo Maior

Endereço: Praça Arão Santana, 203 Centro – Campo Maior – PI

Código do agendamento: 1331023112

PIS: 11995933303

OBS: O número do NIT dos demais componentes da família não foi gerado, pois os mesmos são menores de idade.

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De C. M. JONA SMH. Nº 0597

Data 1 / 1 / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Guilmar Marques Bezerra R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

~~CHEFE DE GABINETE~~
Prefeitura Municipal

13.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De C. M. JONA SMH. Nº 0597

Data 1 / 1 / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Guilmar Marques Bezerra R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

~~CHEFE DE GABINETE~~
Prefeitura Municipal

13.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 13 / 01 / 14

Jose Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 LEI: 052.695.255-01

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI, 02 (duas passagens) à TERESINA – PI para consulta medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 13 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos</u>	
INS-S	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ 78,00
Valor Líquido....	

PAGO
 EM, 13 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro
 CPF: 052.695.255-01

Rogério Soares Cavalcante
ROGÉRIO SOARES CAVALCANTE
 RG : 2.622.936
 CPF: 017.421.143-00



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
 e **T R A B A L H O**
 Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Rogério Soares Cavalcante
 ENDEREÇO: Brejo dos Moinhos
 RG: 2.622.936 SSP/PI
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/01/2014
 BENEFÍCIO SOLICITADO:
 CPF: 017.421.143-00

*02 passagens à Terena para consulta de
 filhe no Hospital Juscelino Kubitschek*

Rogério Soares Cavalcante
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 13 01 2014

Alcides Soares Câmara
 Técnico Responsável pela Triagem
 Assistente Social CRP-33-11358
 CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

X *Rogério Soares Cavalcante*
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Autorização: 16219081439

Emissão: 10/01/2014

Usuário: MARIA EDUARDA CARDOSO SOARES

Cartão SUS: 898003944120665

Nascimento: 29/05/2012

Local de Atendimento: HOSPITAL INFANTIL LUCIDIO PORTELLA

Endereço: RUA GOV ARTUR DE VASCONCELOS, 220

Bairro: CENTRO

Fones: (86)3221-5581

Profissional: ANTONIO FRANCISCO LOPES DE ARAUJO

CBO: Medico pediatra

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Terça, 14 de Janeiro de 2014 as 13:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivando Sabóia Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HE A smt. Nº 0591

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra
Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

13.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De smt. A HE Nº 0590

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra
Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

13.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 27 / 01 / 2014
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta de seu filho, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 27 / 01 / 2014.

 Secretária de Finanças/Tesoureiro

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 035.982.803-97

Rosiane Pereira Gonçalves

ROSIANE PEREIRA GONÇALVES
RG: 3.199.683 SSP/PI
CPF: 052.615.323-70



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Radiane Pereira Gonçalves*
ENDEREÇO: *Rua Duque de Caxias S/N - Centro*
RG: *3.199.683 SSP/PI* CPF: *052.615.323-70*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 passagens à Terana para consulta do filho
no Hospital Infantil benedito Bartelle.*

Radiane Pereira Gonçalves

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *27/01/2014*

Luiz Soares Câmara
Técnico Social CRESS-PI-355
2014.099.023.53

Técnico Responsável pela Triagem

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e **T R A B A L H O**
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorizacao:** 16642401441**Emissao:** 20/01/2014**Usuario:** FRANCISCO MARLEY PEREIRA GOMES**Cartao SUS:** 898004103643872**Nascimento:** 08/08/2013**Local de Atendimento:** HOSPITAL INFANTIL LUCIDIO PORTELLA**Endereco:** RUA GOV ARTUR DE VASCONCELOS, 220**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)3221-5581**Profissional:** CLAREDINA DA RESSURREICAO DUARTE LOPES MACHADO**CBO:** Medico pediatra**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Terca, 28 de Janeiro de 2014 as 11:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura 
Francisco Ricardo Sabóia Cardoso
CPF 037.640.528-99

RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.
De THE A SMT. Nº 0644

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag.R\$

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

27.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.
De SMT. A THE Nº 0643

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag.R\$

Total.R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

27/01/2014



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 27 / 01 / 2014.
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento de seu filho, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 27 / 01 / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.982.983-87
 Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Rosângela Rodrigues da Silva
ROSANGELA RODRIGUES DA SILVA
 RG: 2583.952SSP/PI
 CPF: 009.233.343-51



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com

27/01
Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e **TRABALHO**
Prefeitura de São Miguel do Tapuio -

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Rosângela Rodrigues da Silva
ENDEREÇO: Rua Duque de Caxias - Centro
RG: 2.583.952 SSP/PI CPF: 009.233.343-54
DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

Os pedidos é Termino, por tratamento de
saúde do filho no Hospital Juvenil Bernardo
Portella

Rosângela Rodrigues da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem

Luiz Soares Lima
Assistente Social CRESS-PI-305
CPF: 200.898.925-77

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 16647521453**Emissão:** 20/01/2014**Usuario:** FRANCISCO DAVI RODRIGUES DE SOUSA**Cartão SUS:** 898004108226021**Nascimento:** 23/05/2013**Local de Atendimento:** HOSPITAL INFANTIL LUCIDIO PORTELLA**Endereço:** RUA GOV ARTUR DE VASCONCELOS, 220**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)3221-5581 (86)2217-507**Profissional:** CLAREDINA DA RESSURREICAO DUARTE LOPES MACHADO**CBO:** Medico pediatra**Procedimento(s):**

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Terca, 28 de Janeiro de 2014 as 11:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivellino Sabota Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De SMT. A HTE No 0649

Data / / Pass. R\$

Exc. Bag. R\$

Gilmar Marques Beserra

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

Total. R\$ 39,00

27.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para Doc.

De HTE A SMT No 0650

Data / / Pass. R\$

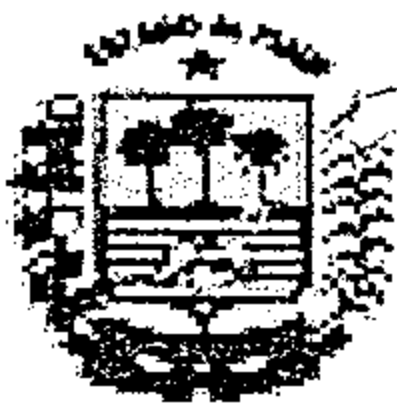
Exc. Bag. R\$


Gilmar Marques Beserra

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

Total. R\$ 39,00

27.01.2014



PAGUE-SE
 EM 27 / 01 / 2014.

 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPE: 052.695.255-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

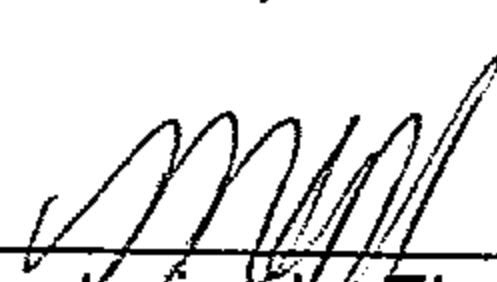
RECIBO

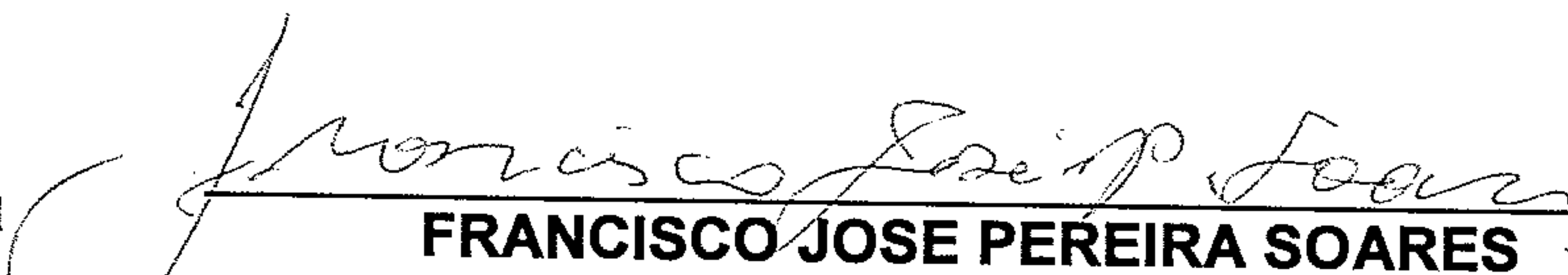
Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para avaliação médica com ortopedista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 27 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro


 FRANCISCO JOSE PEREIRA SOARES
 RG: 355007095 SSP/SP
 CPF: 535.978.263-34

27/01



ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Francisco José Pereira Soares
ENDEREÇO:
RG: 35.500.709-5 SSP/SP CPF: 535.778.263-34
DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terenha para avaliação médica com ortopedista

Francisco José Pereira Soares
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014

[Signature]
Técnico Responsável pela Triagem

Assistência Social
CPF: 200.893.925-77

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOC
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio

AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº
 01.734.317/0001-14
 Fone/fax (86) 249-1314
 São Miguel do Tapuio - Piauí

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: Francisco Jose Pereira Soares

LOCAL: Clinica São Lucas

ENDEREÇO: Rua Paisandu

DATA: 28/01/2014

HORÁRIO: 07:00h

Proximo do

ADIC

S. Ribeiro

ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Município Solicitante

Este procedimento é pago pelo
 SUS, é proibida a cobrança de
 taxas.

Nº do Cartão SUS

0018

Identificação (Tipo, Número)

UF Fone

TERRITÓRIO NACIONAL

5 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/OUT/200

SÉ PEREIRA SOARES

IRA SOARES

A MELO

DATA DE NASCIMENTO
 19/JAN/197

DO TAPUIO-PI
 DO TAPUIO
 /FLS.299V

121 Delegado Divisionário
 RA DO DIRETOR de Polícia DRGD.SSPSP
 16 DE 29/08/83

Dados Clínicos

Paralisação com teste traqueal
 em melhora superior de 200
 (Cirurgia - 2011) Avaliação

Data da Solicitação

22/1/2014

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Dr. Yamileidis Zaymara Lopez
 CRESPEDES - RMSU PI 020.0020

Agendamento - Marcação Via Central

Protocolo CERAS:

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

___/___/___ às ___:___

Caro Usuário,

Número do Agendamento: _____

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documento se for atendido (a).

Nome: _____

Data de Nascimento: 19/01/74

Sexo: M

Data de emissão: 15/05/06

Município de residência: Os Sobres UF: SP

92
 M-PI

Angelita Maciel
 Chefe Agência
 Mat. 8.525.797-4



PAGUE-SE
 EM 27 / 01 / 2014.

José Lincoln Sobra
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para resolver assunto caixa econômica federal, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 27 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 27 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.982.883-87

Secretária de Finanças/Tesoureiro

João Ferreira de Sousa
JOÃO FERREIRA DE SOUSA
 RG: 1.122.155 SSP/PI
 CPF: 330.408.933-00



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
 e T R A B A L H O
 Prefeitura de São Miguel do Tapuio -

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: João Ferreira de Sá
 ENDEREÇO: Rua Colator José de Araújo S/W Centro
 RG: 1.122.155 SSP/PI CPF: 330.408.933-00
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/01/2014
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terença junto à Caixa Econômica Federal (casos zone rural) PH 12

João Ferreira de Sá
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014

Aldes Soares
 Técnico Responsável pela Triagem
 Ass. Aldes Soares
 Assistente Social CRESS-PI-358
 CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De THE A SMT. No 0648

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

27.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT - A THE No 0647

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
Prefeitura Municipal
CHEFE DE GABINETE

27.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM 28 / 01 / 2014.
 José Lincoln Sobral M
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-9

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para seguimento oncologico, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 28 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
 EM, 28 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.002.083-87
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

 Maria do Nascimento Ferreira Pinto
JOANA CARDOSO PEREIRA
RG: 1846004 SSP/PI
CPF: 888.667.85334



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: Joana Cardoso Pereira
ENDEREÇO: Cachoeira
RG: 1.846.004 SSP/PI CPF: 888.667.853-34
DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/01/2014
BENEFÍCIO SOLICITADO:

04 passagens à Terana p/ seguimento oncológico no Hospital São Marcos

Maria do Nascimento Ferreira Pinto

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/01/2014

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem

Luciáides Soares Camara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

Autorizo a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

maria do santuro Ferrreira Pinto
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES****Autorização:** 16271311407**Emissão:** 13/01/2014**Usuário:** JOANA CARDOSO PEREIRA**Cartão SUS:** 161795438370003**Nascimento:** 03/05/1945**Local de Atendimento:** HOSPITAL SAO MARCOS**Endereço:** RUA OLAVO BILAC, 2300**Bairro:** CENTRO**Fones:** (86)2106-8000 (86)2106-8006**Profissional:** SEM PROFISSIONAL DEFINIDO**CBO:** NUTRICIONISTA SEGUIMENTO ONCOLOGICO**Procedimento(s):**

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)

Atendimento (Data, Hora): Segunda, 27 de Janeiro de 2014 as 07:30

13 01 2014

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

Francisco Rivando Sabóia Cardoso

CPF 037.646.523-90

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE

CONSULTAS E EXAMES



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 28 / 01 / 2014.

João Lincoln Sobral Mota
Prefeito Municipal
CPF: 052.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para avaliação medica, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 28 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 28 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
Tosoureira
Secretaria de Finanças/Tesoureiro
CPF: 017.702.803-87

João da Cruz de Sousa
JOÃO DA CRUZ DE SOUSA
RG: 24.483.1737 SSP/PI
CPF: 144.217.338-65



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
 SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
 AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
 FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: João de Cruz de Sousa
 ENDEREÇO: Rua Manoel Cardoso 571 - Centro
 RG: 24.483.173-7 SSP/PI CPF: 144.217.338-65
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/04/2014
 BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terenha para realização médica
 e do pedicite.

João de Cruz de Sousa (filho)

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: 27/04/2014

Técnico Responsável pela Triagem

Luiz Soares Campos
 Assistência Social CRESS-PI-306
 CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

[Handwritten signature]
Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº

01.734.317/0001-14

Fone/fax (86) 249-1314

São Miguel do Tapuio - Piauí

ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA/ Dr. SOTHER

NOME: João da Cruz de Sousa

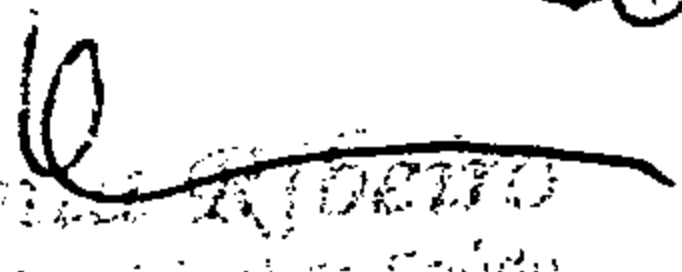
LOCAL: Clinica São Lucas

ENDEREÇO: Rua Paisandu

DATA: 25/01/2004

HORÁRIO: 13:30h

Ao lado
do Hócio


ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ÚLIO VARGAS
A E TRAUMATOLOGIA



INDICAÇÃO

MARCAR CONSULTA DE RETORNO AO AMBULATÓRIO

EM 15 DIAS

COM

DR. Glauson Turque

Local:

Ambulatório HGV

Prefeitura Munic. Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A THE No. 0657

Data 1 / 1 Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

28.01.2014

Prefeitura Munic. Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De THE A SMT. No. 0658

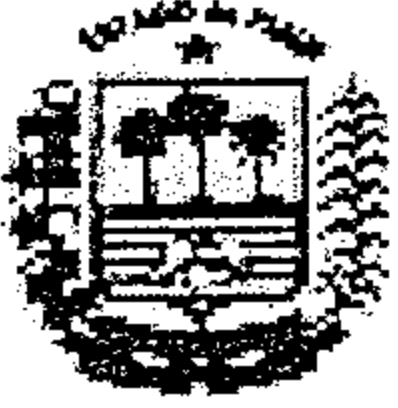
Data 1 / 1 Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total. R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

28.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
EM 28 / 01 / 2014.

José Lincoln Sobral M
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-9

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO:
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para realizar exames, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 28 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
EM, 28 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 533.552.803-97

Secretaria de Finanças/Tesoureiro

Maria Eriene Monte Lima

MARIA ERLIENE MONTE LIMA
RG: 53.309.946-8 SSP/SP
CPF: 898.941.623-04



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria Eliene Monte Lima*
ENDEREÇO: *Rua Antonio Felipe de Souza, 48. B.N. Pa. de Fátima*
RG: *53.309.946-8 SSP/SP* CPF: *898.944.693-04*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *28/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

02 passagens à Terapie para realizar exames com especialista

maria Eliene monte lima

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *28/01/2014*

Adriana Soares Lima
Técnico Responsável pela Triagem
CPF: 200.843.927

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

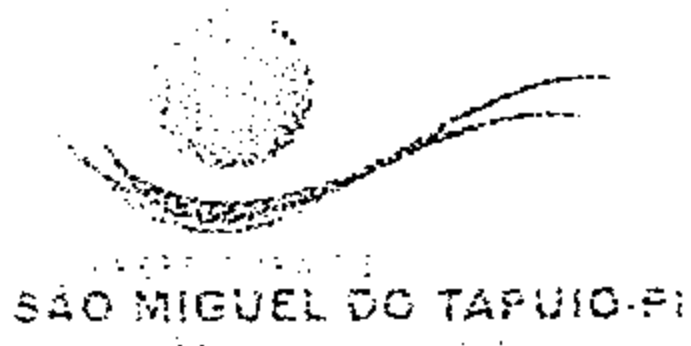
RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante



ESTADO DO PIAUÍ
 Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Leonidas Melo, S/N. Centro - CNPJ: 01.734.317/0001-14
 Fone: (86) 3249-1314 - São Miguel do Tapuio - PI



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
 RECEITUÁRIO

Paciente: _____

CONTINUAÇÃO

Favor atender o paciente

MA ELIENE MONTE LIMA

RX DA COLUNA

[Signature]

 CPF: 227.690.21.10

Data: *20/01/14*

Assinatura do Profissional

“Respeito a nossa gente”

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De Smt. A HTE No. 0659

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total R\$ 39,00

Almar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

28.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HTE A SMT. No. 0660

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

28.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
 CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM,30 / 01 / 2014
 José Lincoln Sobral Santos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para exame em radiologia e diagnóstico por imagem, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 30 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
 EM, 30 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Tesoureira
 CPF: 535.982.600-57
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

X

 EDINALDA FERREIRA SOARES
 RG: 2.252.863 SSP/PI
 CPF: 0967.420.113-00

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Identificação: 16876221407
Médico: FRANCISCO DE ASSIS SOARES
Número SUS: 162472406950002
Local de Atendimento: CBD
Endereço: RUA DES PIRES DE CASTRO, 489

Emissão: 24/01/2014
Nascimento: 23/03/1951
Bairro: CENTRO

Responsável: BENEDITA ANDRADE LEAL DE ABREU
Cargo: Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

Exame(s):
18010033 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)

Atendimento (Data, Hora): Sexta, 31 de Janeiro de 2014 as 07:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento
Assine nada em caso de não haver atendimento
Apresente-se ao local de atendimento 30 min antes

(Handwritten signature)
Francisco Rivaldo Sabóia Cardoso

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De THE A SMT. No. 0666

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A THE No. 0665

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De THE A SMT. No. 0664

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

30.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito — passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A THE No. 0663

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Total R\$ 39,00

Gilmar Marques Beserra
CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

30.01.2014



PAGUE-SE
 EM,30 / 01 / 2014

José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.235-91

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para avaliação médica no Hospital de Doenças Tropicais, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 30 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO EM, 30 / 01 / 2014.
 Maria da Cruz Pereira da Silva Tesoureiro CPF: 010.705.288-97 Secretária de Finanças/Tesoureiro

JOSÉ ANTONIO DE SOUSA
RG: 24.895.652-8SSP/PI
CPF: 374.335.713-53



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



30/1/2014

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *João Antonio de Sousa*
ENDEREÇO: *Rua Dr. Antenor Gouveia S/N - Pedrinhas*
RG: *24.895.652-8588/PI* CPF: *374.335.713-53*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 pomagens à Teresinha para avaliação
médica no Hospital de Danças Tropicais*

João Antonio de Sousa

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *27/01/2014*

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem
Apo Aláides Soares Câmara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: */ /*

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

Vee



138719

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

DATA: 31/01/2024

HORA: 13:00 HORAS

MÉDICO: Elna Jelaque

CONTROLE:

Carla Jelaque
INFECTOLOGISTA
CRM-PR 101.101.101

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De THE A SMT. Nº 0667

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

~~CHIEF OF CABINETE~~
Prefeitura Municipal

30.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A THE Nº 0668

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____


Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87

~~CHIEF OF CABINETE~~
Prefeitura Municipal

30.01.2014



PAGUE-SE
 EM,30 / 01 / 2014

 José Lincoln Sobral
 Prefeito Municipal
 CPE: 052.695.253-91
 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		


RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para consulta com oftalmologista, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 30 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 30 / 01 / 2014.

 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro
 CPF: 052.695.253-87


 ELVÍDIO RODRIGUES DE SANTANA
 RG: 1.533.401-8SSP/PI
 CPF: 183.829.753-72

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Leônidas Melo, S/N, Centro - CNPJ Nº 01.734.317/0001-14
Fone: (0xx 86) 3249-1314
São Miguel do Tapuio - Piauí

ENCAMINHAMENTO PARA OFTALMOLOGISTA
(Dra. Cátia / Dra. Sayonara)

NOME: Elvidio Rodrigues de Santana
LOCAL: Clínica Oftalmológica de Teresina
ENDEREÇO: Rua Coelho de Resende, nº 173, Norte
um quarteirão da Avenida Frei Serafim)
DATA: 03 / 01 / 2014

ANTONIA SOARES DE SOUSA RIBEIRO
Secretária Municipal de Saúde



Carimbo Município Solicitante

Prefeitura Municipal de São Miguel do Tapuio
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Leônidas Melo, S/Nº - Centro
CNPJ: 01.734.317/0001-14 • Fone: (86) 3249-1314
São Miguel do Tapuio - PI

Ficha de Marcação Consultas / Exames

Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)

OF TALMOLOGIA

Este procedimento é pago pelo SUS, é proibida a cobrança de taxas.

Nº do Cartão SUS

878002356955444

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

ELVIDIO RODRIGUES DE SANTANA

Nascimento

10.01.53

Idade

61

Sexo

M

Documento do Paciente (Tipo, Número)

1.533.401-53 P/PE

Nome da Mãe

MARIA RODRIGUES DA CONCEIÇÃO

Endereço (Logradouro, número)

RUA ANTONIO DA ARANDA PAIVA

Bairro

ALTO DOURO

Complemento

CEP

64330000

Município

S. MIGUEL DO TAPUIO

UF

PI

Fone

Dados Clínicos

RTORICIO

Data da Solicitação

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Jader Jesus Jose Ataide

MEDICO
CRM-PI 807 DIC-077.075.253-53

Agendamento - Marcação Via Central

Protocolo CERAS:

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

/ / às :

Carimbo Assinat. do Responsável Agendamento

Francisco Rivando Saboia Cardoso

CPF 037.646.523-90

Caro Usuário,
Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assinie quaisquer documento se for atendido (a)

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De FTE A SMT. No 0670

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87
Prefeitura Municipal

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A FTE No 0669

Data / / Pass. R\$ _____

Exc. Bag. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Total. R\$ 39,00

CPF: 352.400.753-87
CHEFE DE GABINETE
Prefeitura Municipal

30.01.2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM, 30 / 01 / 2014
 Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-11

[Handwritten Signature]

 Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 04 (quatro passagens) à Teresina – PI, para exame hemograma completo no Hospital São Marcos (oncológico), conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 30 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 156,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 156,00

PAGO
 EM, 30 / 01 / 2014.

[Handwritten Signature]
 Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

[Handwritten Signature]
 KATIA CIRLENE F. CAMPELO
 RG:36.872.451-7SSP/SP
 CPF: 307.082.798-56

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 439.272 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/11

NOME WALDY CAMPÊLO LIMA

FILIAÇÃO ADELAIDE CARDOSO LIMA ARLINDO SOARES CAMPÊLO

NATURALIDADE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI DATA DE NASCIMENTO 02/05/1944

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 92 L 1-B F 92 EXP SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI 27/05/04

TERESINA - PI 183.478.861-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

307.082.798-56

KATIA CIRLENE FERNANDES CAMPELO

20/02/1974



SÃO MARCOS
Para toda vida

A.P.C.C. - Hospital São Marcos

Dr. Jefferson Campelo
Diretor Técnico Médico
CRM 1903/PI

Convênio : 620855 BI: _____

Nome Waldy Campelo Lima Leito _____

Diagnóstico ou Sintomas _____

Exames requisitados:

HEMOGRAMA COMPLETO
CREATININA

03/02/11

Dr. Jefferson Campelo
Diretor Técnico Médico
ONCOLOGIA CLÍNICA
CRM-PI 3620



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO

PAGUE-SE
 EM,31 / 01 / 2014

José Lincoln Sobral Martins
 Prefeito Municipal
 CPF: 952.695.255-91

Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

RECIBO

Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento oncológico no Hospital São Marcos, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 31 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO
 EM, 31 / 01 / 2014.

Maria da Cruz Pereira da Silva
 Secretária de Finanças/Tesoureiro

Maria Antônia de Melo Campelo
MARIA ANTONIA DE MELO CAMPELO
 RG:2.324.876 SSP/PI
 CPF: 001.546.053-36

33/02



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



Secretaria de Promoção,
ASSISTÊNCIA SOCIAL
e T R A B A L H O
Prefeitura de São Miguel do Tapuio - PI

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Maria Antônia de Melo Campelo*
ENDEREÇO: *Rua Pimenteiros, S/N - Novo Horizonte*
RG: *2.324.876 SSP/PI* CPF: *001.546.053-36*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *29/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 passagens à Terenha para seguimento
oncológico no Hospital São Marcos*

Maria Antônia de Melo Campelo
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *29/01/2014*

[Assinatura]
Técnico Responsável pela Triagem
Leides Soares Câmara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-52

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

AUTORIZO a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
Comprovante de Marcacao de Consultas/Exames

Cartao SUS: 204013778190003 Emissao: 29/01/2014
Usuario: MARIA ANTONIA DE MELO CAMPELO
Nascimento: 29/08/1980 Autorizacao: 17127591407

Local de atendimento: HOSPITAL SAO MARCOS
Endereco: RUA OLAVO BILAC, 2300
Bairro: CENTRO
Fones: (86)2106-8000 (86)2106-8006
Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO

CBO: MEDICO CIRURGIAD GERAL SEGUIMENTO
ONCOLOGICO

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO
ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora):
Quarta, 5 de Fevereiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento
Nao assine
Apresente-se ao local de atendimento 30min antes
Francisco Rivaldo Saldia Cardoso
CPF 057.646.523-90

**CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES**
Assin./Carimbo/Respons. Atendimento

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMT. A HTE No. 0680

Data / / Pass. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Exc. Bag. R\$ _____
CPF: 352.400.753-87 Total. R\$ 39,00
CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

31.01.2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito _____ passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De HTE A SMT No. 0681

Data / / Pass. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Exc. Bag. R\$ _____
CPF: 352.400.753-87 Total. R\$ 39,00
CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

31.01.2014



PAGUE-SE
EM, 31 / 01 / 2014
 José Lincoln Sobral Matos
 Prefeito Municipal
 CPF: 052.695.255-91
Prefeito Municipal

CHEQUE N.º	C/C N.º	BANCO: BB
EMPENHO N.º	PROJ/ATIV/FR:	
ELEMENTO DE DESPESA:		

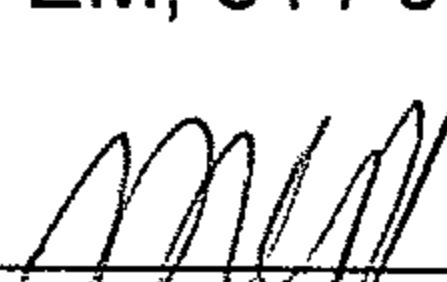
RECIBO


Recebi/recebemos da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, 02 (duas passagens) à Teresina – PI, para tratamento oncológico no Hospital São Marcos, conforme cadastro da Assistência Social.

Pelo qual firmo/firmamos a presente quitação.

SÃO MIGUEL DO TAPUIO- PI, 31 / 01 / 2014.

Valor Bruto	R\$ 78,00
<u>Descontos:</u>	
INSS	R\$ _____
IRRF.....	R\$ _____
OUTROS	R\$ _____
Valor Líquido....	R\$ 78,00

PAGO EM, 31 / 01 / 2014.  Maria da Cruz Pereira da Silva Tesoureira Secretária de Finanças/Tesoureiro <small>CPF: 014.372.263-87</small>


JOSÉ SOARES NETO
RGNº SSP/PI
CPF: 001.546.053-36

31/01/2014



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE: *Jose Soares Neto*
ENDERECO: *rua Pedro II, 106 - Centro*
RG: *617.359 SSP/PI* CPF: *565.276.243-87*
DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/01/2014*
BENEFÍCIO SOLICITADO:

*02 pomogers à Terapeuta para seguimento
evoluções no Hospital São Ulceros*

Jose Soares Neto
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO SOLICITANTE

Sr(a) Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

Tendo em vista a solicitação constante deste processo e considerando que o(a) solicitante preenche os requisitos para recebimento do benefício por ser pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade social, carente de meios para suprir a necessidade configurada no pedido de ajuda, o que foi constatado por esse serviço de assistência social, vimos solicitar a autorização de V. EXA. para concessão do benefício por ser de inteira justiça social.

Data: *27/01/2014*
[Signature]
Técnico Responsável pela Triagem
Ass Alacides Soares Câmara
Assistente Social CRESS-PI-356
CPF: 200.893.923-53

AUTORIZAÇÃO:
Autorizo o atendimento nos termos solicitados.

Data: / /
Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO – PI
SECRETARIA DE PROMOÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
AV. DINHA ARAGÃO, 112 – CENTRO CEP: 64.330-000
FONE: (86) 3249 – 1208 EMAIL: promocaosocialsmt@gmail.com



AUTORIZAÇÃO:

Autorizo a entrega de _____

_____, para atendimento da ajuda de que trata este processo, nos termos da Lei nº 003/2013, tendo em vista o estado de vulnerabilidade em que se encontra o solicitante.

São Miguel do Tapuio-Pi, _____, de _____ de _____.

Secretário(a) de Promoção, Assistência Social e Trabalho

RECIBO:

RECEBI da Secretaria de Promoção, Assistência Social e Trabalho,

_____, referente ajuda para atender ao objeto especificado na solicitação anexa.

São Miguel do Tapuio - PI, _____ de _____ de _____.

Assinatura/impressão digital do beneficiário solicitante

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES**

Autorização: 16994101436

Emissão: 27/01/2014

Usuário: JOSE SOARES NETO

Cartão SUS: 124990987930007

Nascimento: 05/01/1944

Local de Atendimento: HOSPITAL SAO MARCOS

Endereço: RUA OLAVO BILAC, 2300

Bairro: CENTRO

Fones: (86)2106-8000 (86)2106-8006

Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO

CBO: MEDICO UROLOGISTA SEGUIMENTO ONCOLOGICO

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Atendimento (Data, Hora): Segunda, 10 de Fevereiro de 2014 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura: endamento

CPF 037.646.523-90

**CENTRAL DE MARCAÇÃO DE
CONSULTAS E EXAMES**

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De SMA A FETE

N^o 0682

Data / / Pass. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Exc. Bag. R\$ _____
CPF: 352.400.753-87 Total. R\$ 39,00

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

31-02-2014

Prefeitura Munic. de São Miguel do Tapuio

Requisito passagem(s) na Empresa TRANSFURTADO

para _____ Doc. _____

De FETE A SMA

N^o 0683

Data / / Pass. R\$ _____

Gilmar Marques Beserra Exc. Bag. R\$ _____
CPF: 352.400.753-87 Total. R\$ 39,00

CHEFE DE GABINETE

Prefeitura Municipal

31-02-2014