



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná

CNPJ 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (044)3232-8383 - CEP 86990-000

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 7895 / 2016 Ordinário Data: 04/07/2016 Página 1 / 1

Credor: 101601 HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Endereço: - C.E.P. - -

C.N.P.J.: 75.225.011/0001-79

Insc. Est.:

Ag

C/C

Orgão: 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Desdobramento: 80 00 HOSPEDAGENS
Reduzido: 389
F. de Recurso: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLÍCIA

Tipo de Licitação: Pregão

Nº Licitação: 13/2016

Data Licitação: 24/02/2016

Nº Contrato: 201616/2016

Nº Convênio: /

Dotação Inicial
435.500,00

Saldo Anterior
436.331,84

Valor
3.600,00

Saldo Atual
432.731,84

JUSTIFICATIVA: REFERENTE A SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM.

ITEM QTD UN ESPECIFICAÇÃO

1 90 unid

DIÁRIA COM ALIMENTAÇÃO, PERNOITE (HOSPEDAGEM COM ALAS MASCULINA E FEMININA SEPARADAS E QUARTOS INDIVIDUAIS PARA PACIENTES COM BAIXA IMUNIDADE), E COM TRANSPORTE (IDA E VOLTA) PARA CLÍNICAS E HOSPITAIS EM CURITIBA-PR E REGIÃO METROPOLITANA, PRINCIPALMENTE, AO HOSPITAL ANGELINA CARON

VLR. UNITÁRIO

40,00

VLR. TOTAL

3.600,00

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.600,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

PAGAMENTO

ORDEN DE PAGAMENTO

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

Marialva, de de

EDGAR SILVESTRE
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA
Secretário Municipal de Finanças

BENEDITO SANTO MOREIRA
Contador CRC/PR Nº 20802/01

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

Credor: HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME
C.N.P.J.: 75.225.011/0001-79



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota
221

Data e Hora de Emissão
05/07/2016 15:56:50

Código de Verificação
MAJ8SB0Z

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: HELIO DA SILVA BRUSQUE
CPF / CNPJ: 75.225.011/0001-79 **Inscrição Municipal:** 09 01 0441896-5
Endereço: R.JOÃO PAROLIN, 001375 - BAIRRO: PAROLIN **Tel.:** 41 - 32962463
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** cemaconta@onda.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA
CPF / CNPJ: 76.282.680/0001-45 **IMU:** **Outro Doc.:**
Endereço: RUA SANTA MADALENA EFIGENIA, 680 - BAIRRO: CENTRO
Município: Marialva **UF:** PR **Email:** licitacao@marialva.pr.gov.br;centrodeapoio.cu
 ritiba@gmail.com

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

DESPESAS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA PR
 REFERENTE A 90 DIÁRIAS (TOTAL) A R\$ 40,00 CADA.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 3.600,00

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.600,00**Código da Atividade**

09 - 01 - Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pensões e congêneres; ocupação por temporada com fornecimento de serviço (o valor da alimentação e gorjeta, quando incluído no preço da diária, fica sujeito ao Imposto Sobre Serviços).

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	3.600,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.
 Esta NFS-e não gera crédito, pois o Tomador de Serviços, Pessoa Jurídica, está localizado fora do município de CURITIBA.
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
 Não gera direito a crédito fiscal de IPI.

AQUISIÇÃO - de acordo com:

- ☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREGÃO
☐ DISPENSA
☐ INEXIGIBILIDADE

Nº 13/16 DE 24/02/16

Marialva, 27 de junho de 2016.

Vimos encaminhar os pacientes:

- 1-ANDREY KAIKI BONDANCIA
- 2-ANDRE LUIZ MARTINS
- 3-IVONE PEIXOTO DUENHA
- 4-APARECIDO DUENHA
- 5-CRISTIANE BARBOSA PEZENTE
- 6-CLAUDIA MARA BATISTA GRILO
- 7-MARCIO RODRIGUES
- 8-DAYANI SANTOS BERTUSSI
- 9-ILMA SOUZA SANTOS
- 10-ANGELINA JULIANA SILVA
- 11-LEANDRO RODRIGUES SOUZA
- 12-FELIPE FERREIRA BARBOSA
- 13-CLAUDIA PITA
- 14-WELTON HENRIQUE
- 15-MARLENE HENRIQUE

Na data do dia 27/06/16, devendo permanecer por 1 dia, no período
27/06 à 28/06 na EMPRESA HELIO DA SILVA

BRUSQUE - ME, Curitiba – Paraná CNPJ: 75.225.011/0001-79

Sendo o que tínhamos para o momento, antecipamos agradecimentos pela
colaboração para com os nossos munícipes.



Daiane Rebeca de Aquino

A
EMPRESA HELIO DA SILVA
BRUSQUE - ME, Curitiba – Paraná
CNPJ: 75.225.011/0001-79

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

02

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Edione de Oliveira / Elaine Esmerino

Residente em: moradia Oliveira

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: HC

Data internamento: 2 / 6 / 06

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 05 / 06 / 2016 HORA: _____:

SAÍDA: 3 / 6 / 2016 HORA: _____:

Nº DIÁRIAS: 1 + 3 = 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Ediane de Oliveira
.....
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) JOSELINE A. OLIVEIRA

Residente em: MARILIA

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: PRINCIPAL

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 04 / 06 / 2016. HORA: ____:____

SAÍDA: 5 / 6 / 2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

JOSELINE A. OLIVEIRA

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[Assinatura]

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Maria Neusa de Lima Tavares

Residente em: _____

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal

de Mariálva ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: H O: V N:

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 06/06/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 7/6/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

M-Neusa de L. Tavares

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[assinatura]

44

97213624

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Daiane @ de Santos Bertussi

Residente em: Sóla mãe

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de Maialva ou Deputado 2

Paciente: _____
Acomp.: _____
Hospital: <u>CVI</u>
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO ____/____/____
ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL
☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA 06/06/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 7/6/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
Daiane de Santos Bertussi

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

49 99345602

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº

Autorizamos o Sr.(a) Haroldo Pizarro Santos

Residente em: Manchea.

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

Paciente:

Acomp.: _____

Hospital: CHC

Data internamento: / /

Data Alta / Retorno ao CENTRO

/ /

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 06 / 06 / 2016 HORA: :

SAÍDA: 7/6/2016 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Emyli Beatriz. Mbeo tod.

Residente em: Mauá

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: P. Príncipe

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 08/08/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 08/08/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Raula da Silva

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável W

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a)

Dineia Francisca de Oliveira

Residente em: _____

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de maialva ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: H.C.

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 11 / 06 / 2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 13 / 6 / 2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 3

TOTAL R\$ _____

Dineia F. de Oliveira

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável



CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº 02

Autorizamos o Sr.(a)

Waldemir de Rosi / Maria Jose

Residente em: Maria Jose

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Cozume

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 13/06/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 16/6/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 8

TOTAL R\$ _____

Waldemir de Rosi
.....
Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) _____

Rafael e Sonia Tomas

Residente em: _____

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal

de *Mariahva* ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: *Evangelista*

Data internamento: _____ / _____ / _____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

_____/_____/_____
ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: *16* / *6* / 201 *6* HORA: _____ : _____

SAÍDA: *16* / *6* / 201 *6* HORA: _____ : _____

Nº DIÁRIAS: *2* TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Sa. M. S. S. S.

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável *[assinatura]*

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR

HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE

FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

01

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a)

Alexandre Bitencur Elói

Residente em:

Mariápolis

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Caxem

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 20 / 06 / 2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 21 / 6 / 2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

[Assinatura]
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

0

LIGARU

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) _____

Residente em: _____

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de MARIALVA PA ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: HOSPITAL

Hospital: OLHO

Data internamento: 21/06

Data Alta / Retorno ao CENTRO

_____/_____/_____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

ENTRADA: 21/06/2016

HORA: _____:_____

SAÍDA: 21/06/2016

HORA: _____:_____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

GERUÇA

15.00

HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

CAMA Nº

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de MARIALVA ou Deputado _____

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) _____

Residente em: _____

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 22 / 06 / 2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 23 / 6 / 2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
Patricia Barbosa da Silva

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

08.00.

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Andres. Pastor. M. Merlin. tot.

Residente em: mauniv. 044.992-2249.

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal

de MARIAWA. ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: ASTURU.

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 21 / 06 / 2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 22 / 6 / 2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Andreia B. Merlin. Merlin.

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

(1)

CASA DE APOIO CURITIBA

1500

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

2

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Dinair F. Oliveira Tol.

Residente em: maíba. 44 9914-4955

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: LC.

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 23 / 06 / 2016 HORA: ____: ____

SAÍDA: 23 / 6 / 2016 HORA: ____: ____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Dinair F. de Oliveira

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

0

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) _____

Residente em: _____

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 23/06/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 23/6/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Aline Bonila Bonia e Maria Tigueira

Residente em: Maria Lúcia

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de MARI ALVA PI ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 23 / 06 /201__ HORA: ____:____

SAÍDA: 23 / 06 /201__ HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Aline Bonia
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável Q

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº

Autorizamos o Sr.(a) Cláudio F. Pitta + 01

Residente em: MARIALUA.

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: OK.

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 27/06/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 28/6/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Cláudio F. Pitta

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

(2)

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a)

CRISTIANE BARBOSA

Residente em: _____

a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de MANAUA PA ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA:

27/06/2016

HORA: ____:____

SAÍDA:

28/6/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS:

2

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Luciene B. Kento
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[Assinatura]

CASA DE APOIO CURITIBA

7.00-

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) WELTON H. FERREIRA FILHO

Residente em: M. em Inq. 4488301513 2

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal

de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: P. Grossi

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 27/06 /2016, HORA: ____:____

SAÍDA: 28/6 /2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

WELTON H. FERREIRA FILHO

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

9

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Ds. S. Boettussi + 01

Residente em: MORISKUN 44-99345602

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

Paciente: CRUZ
Acomp.: UORMOLIN
Hospital: _____
Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 27 / 06 / 2016. HORA: ____:____

SAÍDA: 28 / 6 / 2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Ilma dos Santos Boettussi
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Américo Duenas - ot

Residente em: Manoela 044 9902-24-85 2

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: Sta Cass

Hospital: B. Barbosa

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 27/06/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 28/6/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Responsável
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

CASA DE APOIO CURITIBA

13.20

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Claudio M. B. Góil + 01
Residente em: Marechal 44-98176829
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____
Acomp.: Hosp.
Hospital: EVAMP.
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 27 / 06 / 2016 HORA: ____:____
SAÍDA: 28 / 6 / 2016 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Claudio M B Góil

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

28/06

8.00

CASA DE APOIO CURITIBA
RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Ampehio J. Silva + 01
Residente em: marizalva
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

44-9866.95-97

2

Paciente: _____
Acomp.: Ampehio
Hospital: Coron
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____
ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL
☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 27/06/2016 HORA: ____:____
SAÍDA: 28/6/2016 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde Paciente
Angela Juliana de Silva
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

9

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAS DE ANDRADE - PRADO VELHO - CURITIBA PR
HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) MARCOS ANTONIO SILVA NOUDES

Residente em: MARILUD. +02 0448925 1765

a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal

de MARILUD ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: etanol

Data internamento e e/laigo

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 29/06/2016 HORA: _____

SAÍDA: 29/6/2016 HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 3 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

J. Marcos A.
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

1200.

HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE
FONE/FAX: (41) 3332-3245 - (41) 9958-1516

CAMA Nº

2

Ambul.....

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$

Paciente

a



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: **PREFEITURA DE MARIALVA**

Agência: : 2278-0

Conta : 15732-5 BB/CT - 15732-5 - TAXAS -EXERCÍCIO DE PODER DE POLÍCIA F. 1510

Lote nº: 215/2016

Data : 12/07/16

Conta Creditada **HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME**

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 3723

Conta: 79194

Valor Pago: 3.600,00

NºAutenticação: E5F1198B088BF2C4