



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná

CNPJ 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (44) 3232-8383 - CEP 86990-000

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 3382 / 2017 Ordinário Data: 30/03/2017 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: 413
F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXE 01303

Tipo de Licitação: Pregão
Nº Licitação.....: 13/2016
Data Licitação.: 24/02/2016
Nº Contrato....: 201616/2016
Nº Convênio: /

Dotação Inicial
1.200.000,00

Saldo Anterior
814.768,11

Valor
5.440,00

Saldo Atual
809.328,11

JUSTIFICATIVA: REFERENTE A DESPESAS COM HOSPEDAGEM DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA.

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	136	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	40,00	5.440,00

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

5.440,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

BENEDITO SANTO MOREIRA
Contador CRC/PR Nº 20802/01

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA
Secretario Municipal de Finanças

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
394
Data e Hora de Emissão
03/04/2017 10:11:56
Código de Verificação
MU3DW10C

PRESTADOR DE SERVIÇOS
Razão Social: HELIO DA SILVA BRUSQUE
CPF / CNPJ: 75.225.011/0001-79
Endereço: R. JOÃO PAROLIN, 001375 - BAIRRO: PAROLIN
Município: CURITIBA
Inscrição Municipal: 09 01 0441896-5
Tel.: 41 - 32962463
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:**
Endereço: RUA SANTA MADALENA EFIGENIA, 680 - BAIRRO: CENTRO
Município: Marialva **UF:** PR **Email:** licitacao@marialva.pr.gov.br; centrodeapoio.curitiba@gmail.com; dacasus_marialva@hotmail.com
Outro Doc.:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

DESPESAS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA PR.
REFERENTE A 136 DIÁRIAS (TOTAL) A 40,00 CADA.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 5.440,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:

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

Nº 13-16 DE 24/02/16

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 5.637/17
Marialva-PR

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$ 5.440,00

Descrição da Atividade

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	5.440,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

a NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

a 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.

gera direito a crédito fiscal de IPI.

Rosângela Aparecida Bezerra Silva	30/01/2017	06/02/2017	08
Jane Aparecida Santos	31/01/2017	07/02/2017	08
Gidiane Andressa Bezerra da Silva	01/02/2017	06/02/2017	06
Marina Batista Amaral	01/02/2017	08/02/2017	08
Ana Paula Oliveira Santos	02/02/2017	07/02/2017	06
Aline Camila Borria + acompanhante	02/02/2017	02/02/2017	02
Luiz Benedito Cubriana + acompanhante	07/02/2017	07/02/2017	02
Cleuza Batista da Silva	08/02/2017	28/02/2017	21
Claudia Mara Batista Grilo + acompanhante	09/02/2017	09/02/2017	02
Luiz Benedito + acompanhante	14/02/2017	15/02/2017	04
Tereza Malaquias de Oliveira + acompanhante	15/02/2017	15/02/2017	02
Claudia M.B. Grilo	15/02/2017	15/02/2017	01
Andreia C. Martins + acompanhante	15/02/2017	15/02/2017	02
Aparecida Pereira + acompanhante	17/02/2017	23/02/2017	11
Francis Pires Lopes + acompanhante	17/02/2017	24/02/2017	14
Aline Borria + acompanhante	23/02/2017	23/02/2017	02

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

Cleuza Batista da Silva	28/01/2017	01/02/2017	05
Dione Lourenço da Silva	28/01/2017	28/02/2017	32 ←

TRANSLANTADO OK

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ:** 76262630000145**Paraná****Exercício:** 2017**SOLICITAÇÃO DE DESPESA****3501 / 2017****Espécie:** Ordinário**Data de Emissão:** 30/3/2017**Página 1 / 1****Fornecedor:** 101601 - HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME**CNPJ:** 75.225.011/0001-79**Insc. Estadual:****Endereço:****Bairro:** Cidade: -**Telefone:** 3232**CEP:**

Órgão: 07	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Processo:	/
Unid. Orçamentária: 07.002.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Modalidade:	Pregão
Função: 10	Saúde	Nº Licitação:	13 / 2016
Sub Função: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Nº Contrato:	/
Programa: 0008	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	Termínio:	
Projeto/Atividade: 2052	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Data Publicação:	
Nat. da Despesa: 3.3.90.39.	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Homologação:	24/2/2016
Desdobramento: 80	HOSPEDAGENS	ID Contrato:	
SubDesdobramento: 00		Subvenção:	/
Fonte de Recurso: 01303	SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CC	Cód. do Bem:	
Recurso:	Próprio		
Contrapartida:	Não	Reduzido: 413	Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: REFERENTE A DESPESAS COM HOSPEDAGEM DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA.**PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA:** 1 Dias**LOCAL DE ENTREGA:** nos locais indicados na ordem de serviço**FORMA DE PAGAMENTO:** no prazo de 30 dias após entrega da fatura

Ord.	Item	Descrição	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	73197	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	unidade	136,00	40,0000	5.440,00

Total: 5.440,00

Paulo César Mori
Responsável pela Elaboração

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) ELIZA BATISTA DA SILVA

Residente em: _____

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

de MARIALVA ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 28/01/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 01/02/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 5 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Eliza Batista
Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[Assinatura]

COMP. MAE / TRANSPORTADO DIONE

47 767007002

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) DIONE LOURENÇO DA SILVA

Residente em: _____,

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 28/01/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 28/02/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 32 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

desmilitar
.....
Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

TRANSPLANTADO

CONTINUA NA CASA PISINA MÃE

44998883828

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

7:00
CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Rosângela AP Bezerra Silva

Residente em: marialva

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: laran

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☒ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 30/01/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 6/2/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 8 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Rosângela Ap. Bezerra Silva

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

13:00

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA N°

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:

SAÍDA:

Nº DIÁRIAS:

HORA:

HORA:

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) Gidiane Andressa Bezerra Silva

Residente em: Marialva

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: laran

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 02 / 02 / 2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 6 / 2 / 2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Gidiane Andressa B. Silva

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) Marcina Batista Amaral

Residente em: Marialeir

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: 02/02/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 08/02/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 08 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Marcina Batista Amaral

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

FEZ A TROCA 7/ ACOMP. TRANSPLANTADO

(74) 398300820

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) Ana Paula Oliveira Sentes

Residente em: Mariolva

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Angeline Carem

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 02 / 02 / 2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 7 / 2 / 2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

x [assinatura]
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

BANATMCA

019/ 77208938

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) Celine comila / Idionea Aparecida
Residente em: moradia

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: capim

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 02/02/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 2/02/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
x Aline Berna
Paciente

.....
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 02

Autorizamos o Sr.(a) Luiz Benedito Cubriana J. Benedito

Residente em: Maria Lora

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Erasto

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☒ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 07/02/2017 HORA: 7:20:

SAÍDA: 7/2/2017 HORA: ____:

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Adriana J. Benedito

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[Assinatura]

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

CAMA Nº

Residente em: _____

de MARIALVA P7 ou Deputado _____

ENTRADA: 8 / 02 / 2017 HORA: _____ :

SAÍDA: 20/02/2017 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 21 TOTAL R\$

Nº DIÁRIAS: 21 TOTAL R\$

kleiner - 3 Stück da

Depto. de Saúde

Paciente

	Ônibus		Ambul.....
---	--------	---	------------

Responsável

VOLTAR P/ FAZER A TROCA DO AROMP. DO TRANSPLANTADO

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

(44) 38 322425

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) Luiz Benedito / André Luiz Enrique Benedito
Residente em: Maria Lora

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

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

ENTRADA: 14/02/2017 HORA: ____:____:

SAÍDA: 15/2/2017 HORA: ____:____:

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

Depto. de Saúde

Paciente

André Luiz Benedito

☒ Ônibus ☐ Ambul.....

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 02

Autorizamos o Sr.(a) Tereza M. de O. e Aline M. de O.

Residente em: Maria Alves

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Uptamédica

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☒ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 15 / 02 / 2017 HORA: 04 : 37

SAÍDA: 15 / 9 / 2017 HORA: ____ : ____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
Aline Malheiros de Oliveira

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44178/10021

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 01

Autorizamos o Sr.(a) Claudia M. B. Grilo

Residente em: Marialva

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Evangelico

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☒ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 15/02/2017 HORA: 04:34

SAÍDA: 15/2/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 1 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

x Claudia M. B. Grilo

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 02

Autorizamos o Sr.(a) Andreia C. Martins / Eduardo F. Merli

Residente em: Maria da Maricelva

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Ambo Cayuru

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 15/02/2017 HORA: 05:19

SAÍDA: 15/2/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Andreia C. Martins

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[Assinatura]

44 998322554

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) Aparecida Pereira / Benedito

Residente em: Maria Lúcia

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

de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Erasto

Data internamento: 19/02/17

Data Alta / Retorno ao CENTRO

23/02/17

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 17 / 02 / 2017

HORA: _____:_____

SAÍDA: 23 / 2 / 2017

HORA: _____:_____

Nº DIÁRIAS: ELA 7

TOTAL R\$ _____

ELF 4

11

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

Aparecida P. da Silva

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

[Assinatura]

BENEDITO EUTERNO 19/02/17

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) _____

FRANCIS PIERES LOPES / YESKA FAVAT

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 17/02/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 24/02/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 8 EROS0 TOTAL R\$ _____

6 ELA

.....
Depto. de Saúde

Francis P. Lopes

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

acompanhante

ESPOSA (BAGATELA)

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 33/2017

Data : 12/04/2017

Conta Creditada HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 3723

Conta: 79194

Valor Pago: 5.440,00

NºAutenticação: C62EAA4ED58C96BA