



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: 966 / 2017 Ordinário Data: 01/02/2017 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	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
1.200.000,00	1.068.444,30	5.400,00	1.063.044,30

JUSTIFICATIVA: REFERENTE A SERVIÇOS DE HOSPEDAGENS.

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	135	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	5.400,00

Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	5.400,00
------------------	------	---------------------	----------

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

364

Data e Hora de Emissão

31/01/2017 15:02:27

Código de Verificação

NOKJE00B**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.curitiba@gmail.com**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

DESPESAS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA PR.
 REFERENTE A 135 DIÁRIAS (TOTAL) A R\$ 40,00 CADA.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 5.400,00

Jose Orlando Benedetti Villa
 Secretário Municipal de Saúde
 Decreto 5.837/17
 Marialva-PR

AQUISIÇÃO - de acordo com:	
☐	CONVITE
☐	TOMADA DE PREÇO
☐	CONCORRÊNCIA
☒	PREGÃO
☐	DISPENSA
☐	INEXIGIBILIDADE
Nº 3116 DE 24/02/16	

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$5.400,00**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	5.400,00	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.

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) Naiara Cristina Mancuso / Jose Paulo

Residente em: Maria Liza

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

de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Angelina Lator

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRAD. 02/01/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 11/01/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 10 + 7 = 17 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

x Jose Paulo de Almeida
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

C. BARIATRICA

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 Jacene da Rocha

Residente em: Maria Liza

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: 12/01/2017 HORA: ____:____

SAÍDA: 12/01/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 1 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

x Maria Jacene da Rocha
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) Manuel Bagage

Residente em: marialva

e 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

☐

Onibus

☐

Ambul.

ENTRADA: 10/01/2017 HORA: _____

SAÍDA: 20/01/2017 HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 1 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

x Manuel R.

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) Paroli morceira da silva

Residente em: marialva

e 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

☐

Onibus

☐

Ambul.

ENTRADA: 14/01/2017 HORA: _____

SAÍDA: 20/01/2017 HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

x Mariano

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

(44) 9874 9827

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

03

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA**CAMA Nº** _____Autorizamos o Sr.(a) Marilena Moreira do SilvaResidente em: marialva
 a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
 de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Angelina Salem

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 12/01/2017 HORA: ____:____SAÍDA: 20/01/2017 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 9 TOTAL R\$ _____.....
 Depto. de Saúde.....
 Paciente**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

Acomp.

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) Naia Rosseto Contino / AlessandraResidente em: marialva
 a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
 de _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: santa casa

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 25/01/2017 HORA: ____:____SAÍDA: 16/01/2017 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____.....
 Depto. de Saúde.....
 Paciente**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

4494973275

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

CAMA Nº

Patricia

Chandrasekhar

3

ENTRADA: 29/01/2017 HORA: _____:_____

SAÍDA: 20 01/2017 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$

Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

A. Patrício de Oliveira

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

1

Ônibus

Ambul.....

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

CAMA N°

CAMA Nº

Residente em: _____

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

ENTRADA: 49 / 01 / 2016 HORA: _____:_____

SAÍDA: 27/01/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 9 TOTAL R\$

Nº DIARIAS: _____ TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

7

Ônibus

Ambul.....

4497069602

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

20:00

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Clayton Batista da Silva
Residente em: Maringá
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

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

ENTRADA: 05/01/2017 HORA: _____:_____
SAÍDA: 27/01/2017 HORA: _____:_____
Nº DIÁRIAS: 23 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

x clauson - roki

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

ACOMP. MÃE TRANSPLANTADO/C/NA CASA

(44) 98322351

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

00

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Aponecido Pereira da Silva / Luiz Benedit
Residente em: Maringá
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

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

ENTRADA: 23/01/2017 HORA: _____:_____
SAÍDA: 23/01/2017 HORA: _____:_____
Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

x Aponecido

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

171 17078027

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 Siqueira / FPLHA DOLI ALTA
Residente em: Maria Siqueira HOST.

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

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

ENTRADA: 03/11/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 10/11/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 10 + 1 = 11 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

44 99912 2242

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) Andreia Cristina Martins - Eduardo Felipe

Residente em: Mesli

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

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

ENTRADA: 09/11/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 9/11/2016 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) DAIENE C. D. SILVA

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 11/11/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 11/11/2016

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) Simone Medeiros - Barice de Souza

Residente em: Manaua

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: ang. carom

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 01/12/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 01/12/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 8

TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

(44) 7 72 73423

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

03

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº

Autorizamos o Sr.(a) Maria de Lourdes dos Santos da Silva

Residente em: marialva

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

Paciente:

Acomp.:

Hospital: Angelina Caem

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 30/11/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 01/12/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 9 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

04144 97432037

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) Uivaldo F. Martins - João C. dos Santos

Residente em: marialva

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

Paciente:

Acomp.: H. de Olhos

Hospital: Camor

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 08/12/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 09/12/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

(44) 7+208728

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) Aline comido / Idionara Aparecida

Residente em: marialva

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: 12/12/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 13/12/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
x Aline comido
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

4498287006

15:00

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº

Autorizamos o Sr.(a) Elvira garrao chine

Residente em: marialva

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Action Seaser

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 12/12/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 16/12/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
x Elvira Garrao Chine
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

.....
Paciente

4797508P

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

CAMA Nº

Residente em: marialva

2

ENTRADA: 25/12/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 16/12/2016 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$

Nº DIÁRIAS: 7 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

x Aline Bernier

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

01

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

CAMA Nº

Residente em: Marialva

de _____ ou Deputado _____

ENTRADA: 26/02/2016 HORA: ____:____

SAÍDA: 16/19/2016 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 1 TOTAL R\$

Nº DIÁRIAS: 1 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

17/11/07 2207

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) Jaceline Souza Mattos

Residente em: Maria Alves

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Angelina Corom

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 16/12/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 16/12/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 1

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

X. Jacqueline S. Mattos
Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

449706960

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 23:00

Autorizamos o Sr.(a) Dione Barreiros da Silva Elzeiro

Residente em: Maria Alves

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: 26/12/2016

HORA: ____:____

SAÍDA: 30/12/2016

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 5

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Paciente

X. Dione Barreiros da Silva Elzeiro

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 9/2017

Data : 23/02/2017

Conta Creditada HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 3723

Conta: 79194

Valor Pago: 5.400,00

Nº Autenticação: F44CDDE95922A2AB