



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

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

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 12508 / 2018 Ordinário Data: 30/11/2018 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.:

Banco:341 - BANCO ITAU S.A. Ag.:3723 Conta:79194

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Tipo de Licitação: Pregão
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Nº Licitação.....: 113/2017
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Nº NAD.....: 12679
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº Convênio:/
Reduzido: 434	
F. de Recurso: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLICIA 01510	
Desdobramento: 80 00 HOSPEDAGENS	

Dotação Inicial 2.207.932,00	Saldo Anterior 1.328.681,62	Valor 3.500,00	Saldo Atual 1.325.181,62
---------------------------------	--------------------------------	-------------------	-----------------------------

HISTÓRICO: Prestação de serviço de hospedagem no Município de Curitiba-Pr, destinados aos pacientes oriundos desta municipalidade, que buscam tratamento fora do domicílio

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	70,00	diári	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	50,00	3.500,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	3.500,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA
Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8

RECIBO

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

Marialva, de de

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

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

14 DEZ. 2018

PAGO

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ:** 76282680000145**Paraná****Exercício:** 2018**SOLICITAÇÃO DE DESPESA****13470 / 2018****Espécie:** Ordinário**Data de Emissão:** 22/11/2018**Página 1 / 1****Fornecedor:** 101601 - HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME**CNPJ:** 75.225.011/0001-79**Insc. Estadual:****Endereço:****Bairro:** Cidade: -**CEP:****Telefone:** 3232

Órgão: 07	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Processo:	209 / 2017
Unid. Orçamentária: 07.002.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Modalidade:	Pregão
Função: 10	Saúde	Nº Licitação:	113 / 2017
Sub Função: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Nº Contrato:	311 / 2017
Programa: 0008	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	Termínio:	17/04/2019
Projeto/Atividade: 2052	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Data Publicação:	21/10/2017
Nat. da Despesa: 3.3.90.39.	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Homologação:	17/10/2017
Desdobramento: 80	HOSPEDAGENS	ID Contrato:	2017311
SubDesdobramento: 00		Subvenção:	/
Fonte de Recurso: 01510	TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLICIA	Cód. do Bem:	
Recurso:	Próprio		
Contrapartida:	Não	Reduzido: 434	Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: Prestação de serviço de hospedagem no Município de Curitiba-Pr, destinados aos pacientes oriundos desta municipalidade, que buscam tratamento fora do domicílio

PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA: 1 Dias

LOCAL DE ENTREGA: no local indicado na ordem de serviço

FORMA DE PAGAMENTO: em até 30 (trinta) dias após a entrega da Nota Fiscal

Ord.	Item	Descrição	Marca	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	CASA D APOIO CURITIBA	diária	70,00	50,0000	3.500,00
Total:							3.500,00

Marcelo Romão

Responsável pela Elaboração

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

Claudio Virgentin

Secretário Municipal de Administração

UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ

EMPENHO
REF- Mês 10/18

FOLHAS

01 - 30
02 - 40

CENTRAL DE APOIO

CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDA DE PACIENTES E ACOMPANHANTES

REFERENTE AO MUNICÍPIO DE: MARIALVA - PR

	ENTRADA	SAÍDA	Nº DIÁRIAS
Regina Marcia de Souza + acompanhante	26/09/2018	02/10/2018	10
Jose Donizete da Silva	04/10/2018	05/10/2018	02
Isoraide Teodoro ds Santos	04/10/2018	05/10/2018	02
Jose Belmir Bento + acompanhante	04/10/2018	05/10/2018	04
Pedro Anastaci Gonçalves	04/10/2018	05/10/2018	02
Madalena Pedro	04/10/2018	05/10/2018	02
Laudelino CandidoSilva	04/10/2018	05/10/2018	02
Valdeice Pereira dos Santos + acompanhante	04/10/2018	05/10/2018	04
Manoel Mezanin	04/10/2018	05/10/2018	02

01

30

Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

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

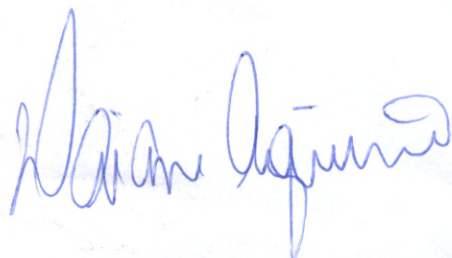
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza antonio Luiz daheggi portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 26 de setembro de 2018.



Daiane Rebeca de Aquino
Diretora Geral de Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Régina Marcia de Souza Mahezi portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 26 de Setembro de 2018.

Daiane Rebeca de Aquino

Daiane Rebeca de Aquino
Diretora Geral de Saúde

Jose Donizete da Silva	04/10/2018	05/10/2018	02
Laudelino Candido Silva	04/10/2018	05/010/2018	02
Madalena Pedro	04/10/2018	05/10/2018	02
Pedro Anastacio Gonçalves	04/10/2018	05/10/2018	02
Valdelice Pereira dos Santos	04/10/2018	05/10/2018	02
Manoel Mesalira	04/10/2018	05/10/2018	02
Flavia Kelly Kaneda + acompanhante	07/10/2018	08/10/2018	02
Silvana Fischer + acompanhante	10/10/2018	18/10/2018	16
Karen Stefani Wurmeister+2 acompanhante	10/10/2018	11/10/2018	06
Eva Cavarheiro kenazzo + acompanhante	25/10/2018	26/10/2018	04
TOTAL DIÁRIAS==>			


 Carlos José da Costa
 Gerente de Transporte

02

40,20

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza LADELINO CANDIDO SILVA portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de outubro de 2018.


Hailton Kale Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Madalina Reddy portador
do RG 42434892 a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de outubro de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.956.831-79
Atendente

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Edio Anastacio Goredes portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de outubro de 2018.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

autoriza Valelize Pereira dos Santos Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR portador do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de outubro de 2018.

Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

autoriza Manoel Metzger Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
do RG 541892 portador a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de outubro de 2018.

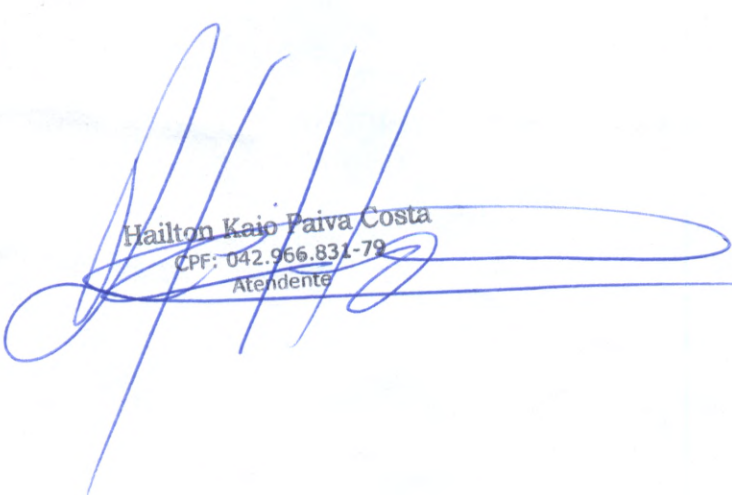
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Fláusia Kelly Kaneda portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 05 de Outubro de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

autoriza Felipe Rafael Kanda Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
do RG _____ portador
a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 05 de Outubro de 2018.

Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza SILVANA FISCHER portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 09 de outubro de 2018.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza BRUNA DAIANA RIBEIRO portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 09 de outubro de 2018.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza KAREN ESTEFANIE WURMEISTER portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 09 de outubro de 2018.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza MARIA VICTORIA WURMEISTER portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 09 de outubro de 2018.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza MARCIA LOUALHEIRO GUERREIRO portador do RG -
_____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 29 de setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

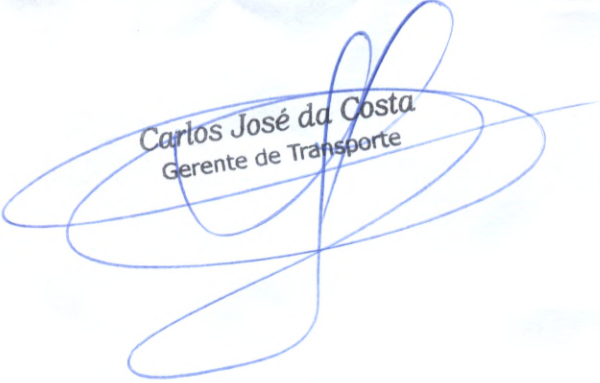
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

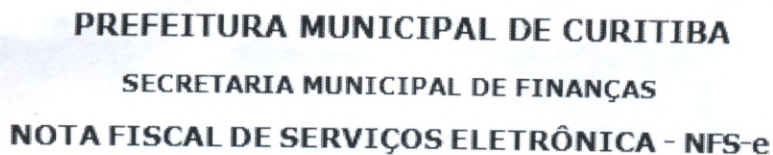
DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Eva Leiva Heipo Pinazzo, portador do RG -
_____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 24 de outubro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte



749

Data e Hora de Emissão
06/12/2018 12:41:57

Código de Verificação
WFBZP207

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

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; dacasus_marialva@hotmail.com

DESPESAS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA PR.
REFERENTE A 70 DIÁRIAS (TOTAL) A R\$ 50,00 CADA.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 3.500,00

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

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.500,00

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	3.500,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Não gera direito a crédito fiscal de IPI.

AQUISICÃO - de acordo com:

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

Nº 193 DE 17/10/17

Days

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência	2278-0
Conta corrente	15732-5 T P E PODER POLICIA

Creditado

Banco	341 ITAU UNIBANCO S.A.
Agência (sem DV)	3723 CURITIBA MERCADO
Conta corrente (com DV)	79194
CNPJ	75.225.011/0001-79
Nome favorecido	HELIO DA SILVA BRUSQUE
Finalidade	CREDITO EM CONTA
Número documento	121.402
Valor	3.500,00
Data transferência	14/12/2018

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 120BB1F6BAAADB4D

Assinada por	J8891493 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA	14/12/2018 13:33:30
	JB502980 VICTOR CELSO MARTINI	14/12/2018 13:45:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB502980 VICTOR CELSO MARTINI.

44)99920 0242

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) Eva Cavallero Penazzo
Residente em: Marcelo Cavallero Penazzo,
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de Manoelra ou Deputado _____.

Paciente:

Acomp.: Disco de

Hospital: Nican

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 25/10/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 26/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depo. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44-997180040

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) KAREN ESTEFANIE WURMEISTER / MARIA QUITERIA
Residente em: MARIALVA / ESTEVAN NATHAN / WURMEISTER,
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____
Acomp.: _____
Hospital: Pequeno Príncipe
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____
ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 10/10/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 11/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA 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) SILVANA FISCHER / BRUNA DAIANA PIRES
Residente em: MARIA LÚA

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

Paciente:

Acomp.:

Hospital: ANG. CARDON

Data internamento: / /

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

/ /

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

9

Ônibus

9

Ambul.....

ENTRADA: 10/10/2018 HORA: :

SAÍDA: 18/10/2018 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 977=16 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

x Bruna Daiami Pires

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

2. DEFINITION

44199017473

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) Ilaura Kelly KanedaResidente em: Felipe Natan Kaneda

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

Paciente: _____

Acomp.: HC

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 7/10/2018 HORA: ____:____SAÍDA: 8/10/2018 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA 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) MANOEL MEZALINA

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: elcio

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4 / 10 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 5 / 10 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

Manoel Mezalina
Depto. de Saúde

Paciente

CASA 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 N°

Residente em:

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

1

Ônibus

9

Ambul.....

Paziente

CASA 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) PELOU ANASTASIO COELHO

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: H. ELIAS

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4/10/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 5/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA 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) MADALENA FERRO

Residente em: _____,

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4 / 10 / 2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 5 / 10 / 2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Dep. de Saúde

Paciente

CASA 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) LAUDERINO E ARIDIO SILVA

Residente em: _____,

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: H. e L. S. G.

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4/10/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 5/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44) 99705 9305

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) _____

Jose Donizete da Silva

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: ciHospital: Hosp das

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4 / 10 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 5 / 10 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44) 99934 - 03 15

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)

Residente em:

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

Paciente:

Acomp.: ARON

Hospital:

Data internamento: / /

Data Alta / Retorno ao CENTRO

28/9/8

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 26/9/2018 HORA: : :

SAÍDA: 2/10/2018 HORA: : :

Nº DIÁRIAS: 12-2=10 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

Manalva

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) IZORAIDE TEODORO DOS SANTOS

Residente em: _____,

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

Paciente: e/Leito
Acomp.: _____
Hospital: _____
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____
ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

ENTRADA: 4/10/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 5/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 1 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

44)997 054305

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)

Residente em:

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

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA:

4/10/2008

HORA:

____:____

SAÍDA:

5/10/2008

HORA:

____:____

Nº DIÁRIAS:

4

TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

mandar por email
autorização

Assinatura

44/997054305

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)

Pedro Anstano Gonçalves

Residente em: _____

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

Paciente:

Acomp.: *Hopelers*

Hospital:

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA:

4/10/8

HORA: ____:

SAÍDA:

5/10/8

HORA: ____:

Nº DIÁRIAS:

2

TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA 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

Q

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA N°

Autorizamos o Sr.(a) Mladaleno Rodas

Residente em: _____

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

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento: / /

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

4

Ônibus

4

Ambul.....

ENTRADA: 4/10/2018 HORA: :

SAÍDA: 5 / 10 / 2019 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44) 997654305

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) Laydelma Cândida Silva

Residente em: _____,

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

Paciente:

Acomp.: Haydelma

Hospital: CL

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4/10/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 5/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44)997054305

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) _____

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hopos

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 4/10/2018 HORA: ____:____SAÍDA: 5/10/2018 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

441 99705 4305

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) Manoel Mezario

Residente em: _____

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

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

ENTRADA: 4 / 10 / 8 HORA: ____:____:____
SAÍDA: 5 / 10 / 8 HORA: ____:____:____
Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____
[Assinatura] Depto. de Saúde [Assinatura] Paciente

CASA 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) JOSE DOMINGOS DA SILVA

Residente em: _____

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

Paciente: OLIVEIRA
Acomp.: elton
Hospital: elton
Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 4/12/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 5/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura