



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

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

NOVA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 10566 / 2018 Ordinário Data: 28/09/2018 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

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

Reduzido: 433

F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERC 01303

Desdobramento: 80 00 HOSPEDAGENS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 113/2017

Nº NAD.....: 10720

Nº Convênio:/

Dotação Inicial

500.000,00

Saldo Anterior

132.368,03

Valor

8.200,00

Saldo Atual

124.168,03

HISTÓRICO: Prestação de serviço de hospedagem no Município de Curitiba-Pr, destinados aos pacientes oriundos desta municipalidade, que buscam tratamento fora do domicílio. FONTE 303 - RECURSO LIVRE

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	164,00	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	8.200,00

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

8.200,00

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



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

Número da Nota

711

Data e Hora de Emissão

01/10/2018 13:42:08

Código de Verificação

T30AMC02

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;dacasus_marialva@hotmail.
com**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

DESPESAS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA PR.

REFERENTE A 164 DIÁRIAS (TOTAL) A R\$ 50,00 CADA.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 8.200,00

José Orlando Benedetti Villa
 Secretário Municipal de Saúde
 Decreto 8.637/17
 Marialva-PR

AQUISIÇÃO - de acordo com:	
☐	CONVITE
☐	TOMADA DE PREÇO
☐	CONCORRÊNCIA
☒	PREGÃO
☐	DISPENSA
☐	INEXIGIBILIDADE
Nº <u>113</u> DE <u>17/10/17</u>	

Day

Marcelo A. Romão
 Gerente de Auditoria
 Marialva - PR

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$8.200,00**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	8.200,00	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.

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ:** 76282680000145**Paraná****Exercício:** 2018**SOLICITAÇÃO DE DESPESA****11328 / 2018****Espécie:** Ordinário**Data de Emissão:** 24/09/2018**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:	17/10/2018
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: 01303	SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CC	Cód. do Bem:	
Recurso:	Próprio		
Contrapartida:	Não	Reduzido: 433	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. FONTE 303 - RECURSO LIVRE

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 APOIO 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	diária	164,00	50,0000	8.200,00
Total:							8.200,00

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

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

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR autoriza Dinísio Francisco de Oliveira portador do RG nº 6.423.110-3, 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, 07 de agosto 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 Elione Aparecida Rives, portador do RG nº 8.814.238-1, 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, 07 de Agosto 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 Galvani Francisco Pedro, portador
do RG nº 031.96.229-5 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, 07 de agosto 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 Laudelino Cândido 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, 08 de Agosto 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 Eliane Caroline de Oliveira, portador
do RG nº 11.002.104-6, 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, 07 de Agosto 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 Gabriel Narciso Pedro, portador
do RG nº 031.50.229-6 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, 07 de Agosto 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 Regina Marcia de SOUZA MALVEZI, portador
do RG nº 6142.188-2 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 06 de agosto 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 DEBORA F. CARVALHO OLIVEIRA, portador
do RG nº _____, 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 JULHO de 2018.


Natã Rafael Pinheiro de Oliveira
Transporte - Secretaria Municipal de Saúde
Marialva-PR

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza NAYARA INGRID SANTOS JESUS, portador
do RG nº _____, 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 Julho de 2018.



Natã Rafael Pinheiro de Oliveira
Transporte - Secretaria Municipal de Saúde
Marialva-PR

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza SILVANA REGINA DA SILVA SANTOS,
portador do RG nº _____, 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, 19 de JUNHO de 2018.


Natá Rafael Pinheiro de Oliveira
Transporte - Secretaria Municipal de Saúde
Marialva-PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza DELZI FLORENCIO DIAS SILVA,
portador do RG nº _____, 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 JULHO de 2018.


Natã Rafael Pinheiro de Oliveira
Transporte - Secretaria Municipal de Saúde
Marialva-PR

Vera Lucia G.de Freitas + acompanhante	21/08/2018	28/08/2018	14
Creuza Borges + acompanhante	22/08/2018	28/08/2018	14
Maria Aparecida F. Augusto + acompanhante	30/08/2018	31/08/2018	04
Maria Jose Caetano + acompanhante	30/08/2018	31/08/2018	04
Jose Gosdag + 2 acompanhante	31/08/2018	03/09/2018	12
Josê Carlos de Oliveira + 2 acompanhante	31/08/2018	03/09/2018	12

TOTAL DIÁRIAS==>

03

60,50

Rebecca de Aquino

Diniane Rebeca de Aquino
Diretora Geral de Saúde

BARATINHA

BARATINHA

GRUPO TODOS H-OLHO
GRUPO TODOS H-OLHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Tereza Lourenz Cademodi Oliveira 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, 31 de Agosto 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 José Carlos de Oliveira 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, 31 de Agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

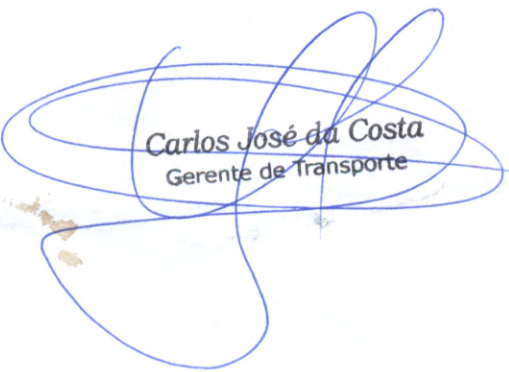
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Akio Inuman portador
do RG 621.674 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, 31 de Agosto 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 José Carlos da Costa portador
do RG 797145-1 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, 31 de agosto 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 Albertino Queiroz portador
do RG 170131-0 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, 31 de Agosto 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 Maria José Coetaneu 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, 30 de Agosto 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 Luiz Prodo da 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, 30 de agosto 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 Galvêneo Cardoso Dias 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, 31 de agosto 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 Carlos Augusto Neto portador
do RG 50119.788-2 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, 30 de agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

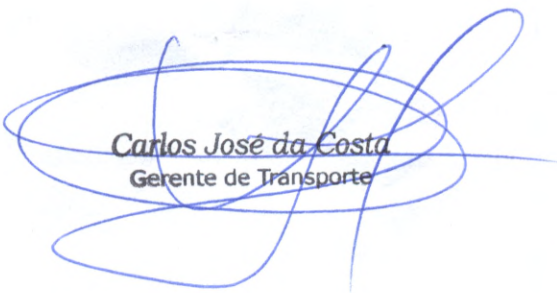
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Mário Aparecido Franco Augusto portador
do RG 15.272.347 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, 30 de Agosto 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 CREUZA Borges portador
do RG 58261386 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, 22 de agosto 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 Vera Lucia Goncalves de Freitas portador
do RG 663-032-5 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, 21 de Agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

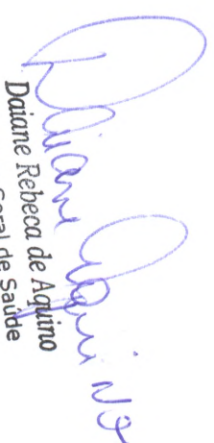
Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Andréio Gonçalves do Freitas portador
do RG 10.431624-7 a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 21 de agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

Helena Simão de Brito + acompanhante	09/08/2018	10/08/2018	04
José Donizete da Silva	09/08/2018	10/08/2018	02
Pedro Anastacio Gonçalves	09/08/2018	10/08/2018	02
Areolina Neves Ribeiro + acompanhante	09/08/2018	10/08/2018	04
Manoel Mezalino	09/08/2018	10/08/2018	02
Madalena Pedro	09/08/2018	10/08/2018	02
Tereza Malaquias de Oliveira + acompanhante	13/08/2018	14/08/2018	04
Eva Cavaleiro Penaga + acompanhante	13/08/2018	14/08/2018	04
Helena Ribeiro da Silva + acompanhante	16/08/2018	17/08/2018	04
Angelo Meneguelli + acompanhante	16/08/2018	17/08/2018	04
Mário José Vicente + acompanhante	16/08/2018	17/08/2018	04
Alfeu Gabana	17/08/2018	20/08/2018	04
Jose Carlos de Oliveira	17/08/2018	20/08/2018	04
Osmar Pereira de Jusus + acompanhante	17/08/2018	20/08/2018	04
Paula Rosana Donizete + 2 acompanhante	21/08/2018	21/08/2018	02
Maria Alves da Silva + acompanhante	21/08/2018	23/08/2018	06


Daiane Rebeca de Aquino
Diretora Geral de Saúde

← CIRCULA HOS. OUTOS
SEM ORDEM, NAO
ENTREGAR

02

56 20

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Eduardo Benício Longelli do Amaral 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, 21 de agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

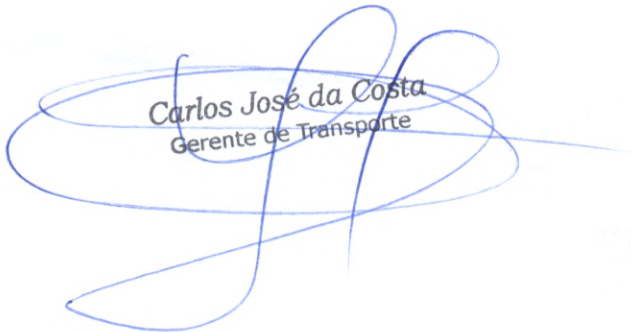
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Paula Rosana Wenzel portador
do RG 1955391 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, 21 de Agosto 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 Maria Rubens Pereira 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, 17 de agosto 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 Osmar Pereira Jesus 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, 17 de Agosto 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 Jose Carlos Oliveira 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, 12 de agosto 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 ALDO GABANA portador
do RG 122 908 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, 17 de Agosto 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 CRISTINA DIAS VICENTE 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, 16 de Agosto 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 MARIO JOSÉ VICENTE 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, 16 de agosto 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 TANIA APARECIDA MENEZUELI DA 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, 16 de agosto 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 Modalina Pedro 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, 02 de Agosto 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 Evo Concelheiro Penzo 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, 11 de Agosto 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 Marcia Connelheiro Grenreiro portador
do RG 022.576.509-7 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, 11 de agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

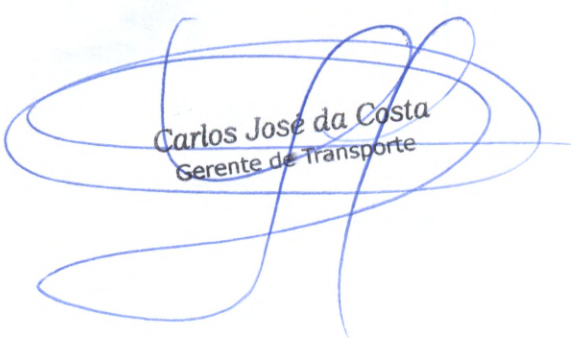
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA – PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR
autoriza mono el meza lera 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, 08 de agosto 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 AV Rubino Neves 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, 08 de Agosto 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 Jose Donizete da 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, 02 de Agosto 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 Elena Simão de Brito 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, 02 de agosto 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 Jose Belnoro de Brito 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, 08 de Agosto 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 VERA LUCIO NEVES VICENTE 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, 08 de agosto 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 Pedro Anostacio Gausalves 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, 08 de Agosto 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 TAINE MALAQUIAS DE OLIVEIRA portador
do RG 133939776 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, 13 de agosto 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 Tereza Maria Aquino de Oliveira 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, 13 de agosto de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

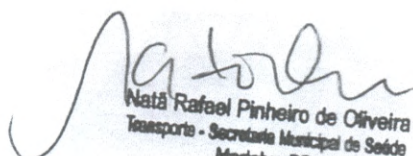
DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza ROSARIA ANA DOS SANTOS MATOS
portador do RG nº 4, a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da
Silva Brusque durante o período que evocar tratamento médico.

436.031.659.34

7.126.277-4 Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 06 de JULHO de 2018.


Natã Rafael Pinheiro de Oliveira
Transporte - Secretaria Municipal de Saúde
Marialva-PR

CASA DE APOIO HÉLIO
CURITIBA-PR

TELEFONES:

(41)3332-3245

(41)99958-1516

(41)99625-1956

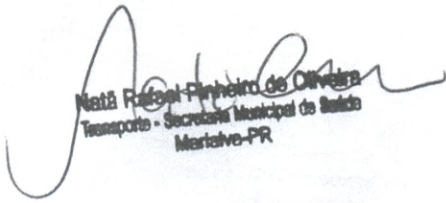
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza WANDERLEI DE MATOS,
portador do RG nº 1870046, 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, 06 de Julho de 2018.


Natália Fátima Pinheiro de Oliveira
Transporte - Secretaria Municipal de Saúde
Marialva-PR



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 239/2018

Data : 23/10/2018

Conta Creditada HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 3723

Conta: 79194

Valor Pago: 8.200,00

Nº Autenticação: 21968866AF0B8C55

43 896 07 9976

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)

ROSARIA ANA DOS SANTOS MATOS

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: HEMATO

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 01 / 08 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 16 / 08 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 16

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de SaúdeRosári A. S. Matos

Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

747988L 0715

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

02

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Helena Ribeiro da Silva
Residente em: Ena Maria da Silva
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de Marabá ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. dehor

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 16 / 8 / 2018

SAÍDA: 17 / 8 / 2018

Nº DIÁRIAS: 4

HORA: ____:____

HORA: ____:____

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Helena Ribeiro da Silva
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

44) 98 24 8887

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 Manoel ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Santa Casa

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 13 / 8 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 14 / 8 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

x Saine Malaginos de Oliveira
.....
Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

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

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: _____

9/8/2018

HORA: _____

SAÍDA: _____

10/8/2018

HORA: _____

Nº DIÁRIAS: _____

4

TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44)992054305

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

05

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA**CAMA Nº** _____

Autorizamos o Sr.(a)

Jose Donizeti da Silva

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Silva

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIALENTRADA: 9 / 8 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 10 / 8 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de SaúdeJose Donizeti da Silva
Paciente☐

Ônibus

☐

Ambul.....

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44) 997 05 - 43 05

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) Carolina Neves Ribeiro / Vera Lucia
Residente em: Neves Diente

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

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

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.

ENTRADA: 9 / 8 / 2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 10 / 8 / 2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

44) 997 05 43 05

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 Mezalino

Residente em: _____,

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp.elhos

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 9 / 8 / 2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 10 / 8 / 2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Manoel Mezalino
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

01

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

CAMA Nº

Madalena Pedro

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

11

Ônibus

--	--

Ambul.....

9/8

/201 

HORA:

10/8

/201 E

HORA:

2

TOTAL R\$

R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

(44) 9920-0242

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) Ena Carvalho Penaga

Residente em: Maria da / Maria Carvalho Guenais

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. doelho - Vigorini

Data internamento: _____ / _____ / Março

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 13 / 08 / 2018

HORA: _____ : _____

SAÍDA: 14 / 8 / 2018

HORA: _____ : _____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Amélia C. Cavalcanti
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44) 999 93 6723

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 _____ ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA:

16 / 8 / 201 8

HORA:

____:____

SAÍDA:

17 / 8 / 201 8

HORA:

____:____

Nº DIÁRIAS:

4

TOTAL R\$

.....
Depto. de Saúde.....
Paciente**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

4419997316 44

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) Mário José Tuxente

Residente em: Cristina Dias Tuxente

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Celso CL

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 16 / 8 / 2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 17 / 8 / 2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Cristina Dias Tuxente
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

02

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) _____

Alfeu Gabama

Residente em: _____

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

de _____ ou Deputado _____

Mauadua

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 17/8/2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 20/8/2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

44) 997195113

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)

Jose Carlos de Oliveira

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:

17/8/2018

HORA:

SAÍDA:

20/8/2018

HORA:

Nº DIÁRIAS:

4

TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44) 997-195113

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)

Osmar Remy de Jesus

Residente em:

Marica Ribens Pereira

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Lhon

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA:

17 / 8 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA:

20 / 8 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS:

4

TOTAL R\$ _____

.....
Deppto. 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)

Paula Rosana Donzelle

Residente em:

Eduardo Henrique Donzelle de O.

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

Paciente: _____

Acomp.: P.P.

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 21 / 8 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 21 / 8 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44) 97 75 9229

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)

Maria Lúcia da Silva

Residente em:

Sidney Gomes de Oliveira

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. de São JoãoData internamento: 22/8/8Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.

ENTRADA: 21/8 /2008

HORA: _____

SAÍDA: 23/8 /2008

HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 08

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de SaúdeMaria Lúcia da Silva
Paciente**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

44-997443621

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) VERA LUCIA GONCALVES DE FREITAS
 Residente em: MARIA LUIZA / Anderson Goncalves de Freitas
 a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
 de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____
 Acomp.: _____
 Hospital: ANG. CARON
 Data internamento: ____/____/____
 Data Alta / Retorno ao **CENTRO**
 ____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 21 / 08 / 2018 HORA: ____:____SAÍDA: 20 8 / 2018 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 16-2=14 TOTAL R\$ _____.....
 Depto. de Saúde.....
 Pacientex. Vera Lucia G. de Freitas**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

02/08/2018

44) 98840574

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) Cruz Borges

Residente em: Anderson Luiz Pasotto

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

Paciente: Cruz Semelle

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: _____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 22 / 8 / 2018

HORA: _____

SAÍDA: 28 / 8 / 2018

HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 14

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Cruz Borges
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

019-982778688

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 APARECIDA Franco Augusto / JOSE AUGUSTO

Residente em: MARIA LWA

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Olhos - Visconde de

Data internamento: _____ NAVAR

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE ASSIST. SOCIAL

ENTRADA: 30 / 08 / 2018

HORA: _____

SAÍDA: 31 / 08 / 2018

HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

☐

Ônibus

☐

Ambul.

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44' 998285347

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)

Maria Jose Coetano

Residente em:

Luiza Prado da Silva

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

Paciente:

Acomp.: C.L.

Hospital: Hop. oltos

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 30/8/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 31/8/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 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

03

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: 31 / 8 / 2018 HORA: :

SAÍDA: 3 / 9 / 2018 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 12 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

03

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 ou Deputado

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento:

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus

☐ Ambul.....

ENTRADA: 31/8/2018 HORA: _____

SAÍDA: 3/9/2018 HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 12 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44 - 997741657

CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PARÓLIN, 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) Delzi Florencio Dias Silva

Residente em: MARIALVA

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: H.C

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 05 / 07 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 12 / 7 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 8

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

x Delzi Florencio Dias da Silva

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

44-998699134

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) SILVANA REGINA DA SILVA SANTOSResidente em: MARIALVA

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: H.C

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 30 / 06 / 2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 5 / 7 / 2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde.....
PacienteSilvana R. da Silva Santos**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

447997-054305

CASA DE APOIO CURITIBA

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

05

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº

Autorizamos o Sr.(a)

Laudelmo Candido da Silva

Residente em:

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

de Manoel ou Deputado

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento:

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 9 / 8 / 2018

HORA: :

SAÍDA: 10 / 8 / 2018

HORA: :

Nº DIÁRIAS:

2

TOTAL R\$

.....
Depto. de Saúde

Laudelmo Candido da Silva
Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA
Responsável

44)9995+5414

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)

Regina Maria de Souza Mabezi

Residente em:

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

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento: / /

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA:

6 / 8 / 2018

HORA:

:

SAÍDA:

9 / 8 / 2018

HORA:

:

Nº DIÁRIAS:

4

TOTAL R\$

.....
Depto. de Saúde.....
Paciente**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável

44)98386849

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

63

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a) Debra J. Carvalho Oliveira
 Residente em: Nayana Ingrid Santos Jesus/Rebeca Manuela
 a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
 de Manabá ou Deputado _____

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

ENTRADA: 25/7/2018 HORA: ____:____
 SAÍDA: 27/7/2018 HORA: ____:____
 Nº DIÁRIAS: 6 TOTAL R\$ _____

.....
 Depto. de Saúde

*Debra Fernandes C. da S.
 Paciente

.....
CENTRO DE APOIO CURITIBA
 Responsável

NAYANA INGRID SANTOS JESUS

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

02

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº

Autorizamos o Sr.(a) DINÉIA FRANCISCA de Oliveira/Elaine Caroline de

Residente em: MARIALVA.

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

Paciente: _____

Acomp.:

Hospital: H.C

Data internamento: / /

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

/ /

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

Ônibus

9

Ambul.....

ENTRADA: 07 / 08 / 2018 HORA: :

SAÍDA: 7 / 8 / 2018 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

x Rui de Fátima Forde Oliveira

CENTRO DE APOIO CURITIBA

Responsável

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 Anastasio Goncalves

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. elos

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 9/8 /2018 HORA: ____:____SAÍDA: 10/8 /2018 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____.....
Depto. de Saúde.....
Paciente**CENTRO DE APOIO CURITIBA**

Responsável