



# 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: 10102 / 2018 Ordinário Data: 18/09/2018 Página 1 / 1

Credor: 103974 THIAGO BARBOSA

Endereço: - C.E.P. - -

C.P.F.: 065.524.329-17

R.G.:

|                                                                                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Orgão: 08. SECRETARIA MUN. DE ASSISTÊNCIA SOCIAL                                      | Tipo de Licitação:<br>Dispensável |
| Unidade: 08.001. GABINETE DO SECRETÁRIO                                               | Nº Licitação.....: /              |
| Prog. Trabalho: 08.244.0003.2.074. SERVIÇOS GERAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO | Nº NAD.....: 10252                |
| Elemento Desp.: 3.3.9.0.48.00.00. OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS       | Nº Convênio:/                     |
| Reduzido: 541                                                                         |                                   |
| F. de Recurso: 1000 RECURSOS ORDINÁRIOS (LIVRES) - EXERCÍCIO CORRENT 01000            |                                   |
| Desdobramento: 01 10 AUXÍLIOS A PESSOAS FÍSICAS - NÃO VINCULADAS A PROJETOS           |                                   |
| Dotação Inicial<br>150.000,00                                                         | Saldo Anterior<br>82.387,90       |
| Valor<br>200,00                                                                       | Saldo Atual<br>82.187,90          |

HISTÓRICO: REFERENTE AUXÍLIO, CONFORME LEI MUNICIPAL 956/2007.

| ITEM | QTD  | UN  | ESPECIFICAÇÃO      | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL |
|------|------|-----|--------------------|---------------|------------|
| 1    | 1,00 | SER | AUXÍLIO FINANCEIRO | 200,00        | 200,00     |

|                  |                  |      |                     |        |
|------------------|------------------|------|---------------------|--------|
| Local de Entrega | Total Retenções: | 0,00 | Total Liq. Empenho: | 200,00 |
|------------------|------------------|------|---------------------|--------|

Empenhado por:

Paulo César Mori

### PAGAMENTO

### ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

Prefeitura Municipal  
ELTON JONES CAPARROZ  
Contador CRC-PR 050753/O

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

19 SET. 2018

PAGO

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: THIAGO BARBOSA

C.P.F.: 065.524.329-17



SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
MARIALVA-PARANÁ  
FONE:3232-1072 / 3232-2580

**SOLOCITAÇÃO DE AUXILIO**

VALOR: 200,00

AUXILIO SOLICITADO: AUXILIO FUNERAL

TELEFONE: 44-998876828

NOME: THIAGO BARBOSA

IDADE: 29

CPF: 065.524.329-17

RG: 9.955.131-3

CONJUGÊ: VERA CUSTODIO DE LIMA

ENDEREÇO: R. ANTONIO SOARES DE RESENDE N. 160

JD. INTERCLUBE

**DADOS FAMILIARES**

FILHOS: 1 IDADES: NATIMORTO

NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA: NÃO

REGISTRADO EM CARTEIRA: NÃO

RENDIA FAMILIAR: R\$: X

OUTRA RENDA: BOLSA FAMÍLIA: 117,00

**DESPESAS**

ALUGUEL: 480,00 FINANCIAMENTO: NÃO

ENERGIA: 200,00 GÁS: 80,00

ÁGUA: 100,00 MEDICAMENTOS: 100,00

TELEFONE: X ALIMENTAÇÃO: 500,00

**PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL**

A REQUERENTE SE ENQUADRA NOS CRITÉRIOS DA LEI MUNICIPAL 956/7 PARA  
AQUISIÇÃO DO BENEFÍCIO.

MARIALVA

terça-feira, 18 de setembro de 2018

ASSINATURA - SOLICITANTE

SECRETÁRIA DE ASSISTENCIA SOCIAL

|                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Identificação</b>               |  | 1 Tipo de óbito<br>1 <input checked="" type="checkbox"/> Fetal<br>2 <input type="checkbox"/> Não fetal                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 2 Data do óbito<br>15/09/2018 13:40                                                                                                                                                                                       |  | 3 Cartão SUS                                                                                                                                                                                                     |  | 4 Naturalidade<br>MARIALVA PR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|                                    |  | 5 Nome do falecido<br>MORTO DE VERA CUSTODIO DE LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | Município / UF (se estrangeiro informar País)                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|                                    |  | 6 Nome do Pai<br>SEM INFORMAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | 7 Nome da Mãe<br>VERA CUSTODIO DE LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                    |  | 8 Data de nascimento<br>15/09/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 9 Idade<br>Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado<br>9                                                                                                                                                          |  | 10 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> M - Masc.<br><input type="checkbox"/> F - Fem.<br><input type="checkbox"/> I - Ignorado                                                                           |  | 11 Raça/Cor<br>1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda<br>2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena<br>3 <input type="checkbox"/> Amarela                                                                                                                             |  |
|                                    |  | 13 Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade<br>1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)<br>2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)                                                                                                                                  |  | 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)<br>4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto<br>5 <input type="checkbox"/> Superior completo                                                                       |  | Série<br>Ignorado<br>9                                                                                                                                                                                           |  | 14 Ocupação habitual<br>(informar anterior, se aposentado / desempregado)<br>Código CBO 2002                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Residência</b>                  |  | 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)<br>R. ANTONIO SOARES DE RESENDE                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | Número Complemento                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                    |  | 17 Bairro/Distrito<br>CONJUNTO II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Código                                                                                                                                                                                                                    |  | 18 Município de residência<br>MARIALVA                                                                                                                                                                           |  | Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Ocorrência</b>                  |  | 20 Local de ocorrência do óbito<br>1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena 9                                                               |  | 21 Estabelecimento<br>DOMICILIO                                                                                                                                                                                           |  | Código CNES                                                                                                                                                                                                      |  | 16 CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                    |  | 22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)<br>R. ANTONIO SOARES DE RESENDE                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | Número Complemento                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                    |  | 24 Bairro/Distrito<br>CONJUNTO II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Código                                                                                                                                                                                                                    |  | 25 Município de ocorrência<br>MARIALVA                                                                                                                                                                           |  | Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Fetal ou menor que 1 ano</b>    |  | PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | 26 UF<br>PR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                    |  | 27 Idade (anos)<br>37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 28 Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade<br>1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)<br>2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) |  | 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)<br>4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto<br>5 <input type="checkbox"/> Superior completo                                                              |  | Série<br>Ignorado<br>9                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                    |  | 30 Número de filhos vivos<br>03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 31 Nº de semanas de gestação<br>1                                                                                                                                                                                         |  | 32 Tipo de gravidez<br>1 <input type="checkbox"/> Única<br>2 <input type="checkbox"/> Dupla<br>3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais<br>9 <input type="checkbox"/> Ignorada                                   |  | 33 Tipo de parto<br>1 <input type="checkbox"/> Vaginal<br>2 <input type="checkbox"/> Cesáreo<br>9 <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                                                         |  |
|                                    |  | 34 Morte em relação ao parto<br>1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                                                  |  | 35 Peso ao nascer<br>0,5 kg                                                                                                                                                                                               |  | Gramas                                                                                                                                                                                                           |  | 36 Número da Declaração de Nascido Vivo                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Condições e causas do óbito</b> |  | ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | ASSISTÊNCIA MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                    |  | 37 A morte ocorreu<br>1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                      |  |
|                                    |  | 40 CAUSAS DA MORTE<br>PARTE I<br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:<br>39 Necropsia?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                                           |  |
|                                    |  | CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                    |  | PARTE II<br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Médico</b>                      |  | 41 Nome do Médico<br>Dra. Mariana P. Breschiane                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 42 CRM<br>3388                                                                                                                                                                                                            |  | 43 Óbito atestado por Médico<br>1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO<br>2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro<br>3 <input type="checkbox"/> IML |  | 44 Município e UF do SVO ou IML<br>Marialva PR                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                    |  | 45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 46 Data do atestado<br>15/09/2018                                                                                                                                                                                         |  | 47 Assinatura<br>Dra. Mariana P. Breschiane Médica GRMPR 38.888                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Causas externas</b>             |  | PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                    |  | 48 Tipo<br>1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 5 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9                                                                                                                                                                                                |  | 49 Acidente do trabalho<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9                                                                                                                                |  | 50 Fonte da informação<br>1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9                            |  | Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência<br>1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimen. comercial<br>2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros<br>3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada |  |
|                                    |  | 51 Descrição sumária do evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                    |  | ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA<br>52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | Número Bairro Município UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Cartório</b>                    |  | 53 Cartório                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Código                                                                                                                                                                                                                    |  | 54 Registro                                                                                                                                                                                                      |  | 55 Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                    |  | 56 Município                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                  |  | 57 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

C2 **Série** **Cheque N.º** C3  
**001** **156408** **0**  
**001** **156408** **0**  
**R\$**  
**(200,00)**

Duzdintov, Sergei

*(The page contains a series of small, repeating symbols or marks.)*

THIAGO BARBOSA



**BANCO DO BRASIL**

MARIALVA PR  
0.000.000/1691-88  
1-RUA ATILIO FERREI, 84  
ENTRO - MARIALVA PR

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA  
CNPJ 76.282.680/0001-45  
CLIENTE BANCARIO DESDE 10/2000

CLIENTE BANCARIO DESDE 10/2000

CLIENTE BANCARIO DESDE 10/2000