



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: 10519 / 2018 Ordinário Data: 27/09/2018 Página 1 / 1

Credor: 104853 QUITERIA MARIA BEZERRA

Endereço: - C.E.P. - -

C.P.F.: 035.206.288-64

R.G.:

Orgão: 08. SECRETARIA MUN. DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade: 08.001. GABINETE DO SECRETÁRIO
Prog. Trabalho: 08.244.0003.2.074. SERVIÇOS GERAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO
Elemento Desp.: 3.3.9.0.48.00.00. OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS
Reduzido: 541
F. de Recurso: 1000 RECURSOS ORDINÁRIOS (LIVRES) - EXERCÍCIO CORRENT 01000
Desdobramento: 01 10 AUXÍLIOS A PESSOAS FÍSICAS - NÃO VINCULADAS A PROJETOS

Tipo de Licitação:
Dispensável

Nº Licitação.....: /

Nº NAD.....: 10674

Nº Convênio:/

Dotação Inicial
150.000,00

Saldo Anterior
77.734,90

Valor
200,00

Saldo Atual
77.534,90

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

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: QUITERIA MARIA BEZERRA

C.P.F.: 035.206.288-64

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

Banco

27 SET, 2018

Nº da Conta

Nº do Cheque

PAGO



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

SOLICITAÇÃO DE AUXILIO

R\$ 200,00

Telefone:

AUXÍLIO SOLICITADO <i>auxilio financeiro</i>	
NOME: <i>Quiteria Maria Bezerra Soares</i>	IDADE: <i>61 anos</i>
CPF <i>035.206.288.64</i>	RG: <i>24.655.527.2</i>
CONJUGÊ: <i>Viúva</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Sigiliano Parpinelli</i>	Nº <i>171</i> BAIRRO: <i>Centro</i>

DADOS FAMILIARES

FILHOS: <i>01</i>	IDADES: <i>24 anos -</i>
NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA: <i>-</i>	
REGISTRADO EM CARTEIRA: <i>-</i>	
RENDAMENTO FAMILIAR: R\$: <i>-</i>	
OUTRA RENDA: <i>-</i>	BOLSA FAMÍLIA: <i>-</i>

DESPESAS

ALUGUEL:	R\$: <i>700,00</i>	FINANCIAMENTO:	R\$: <i>-</i>
ENERGIA:	R\$: <i>-</i>	GÁS:	R\$: <i>80,00</i>
ÁGUA:	R\$: <i>-</i>	MEDICAMENTOS:	R\$: <i>480,00</i>
TELEFONE:	R\$: <i>-</i>	ALIMENTAÇÃO:	R\$: <i>500,00</i>

PER CAPTA R\$ _____.

TOTAL R\$ _____.

PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL

<i>A Requerente se enquadra nos critérios da lei municipal 956/07 para concessão do Benefício</i>

Marialva: *25/03* /2018.

Quiteria Maria Bezerra Soares

Assinatura
Solicitante

Valéria Alves

Valéria Alves
Secretária de Assistência Social



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

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO

Telefone: _____

AUXÍLIO SOLICITADO

Auxílio Financeiro

NOME:

Whiteira Maria Bezerra Soares

IDADE:

61 anos

CPF

035.206.288.64

RG:

24.655.527.2

CONJUGÊ:

Viúva

ENDEREÇO:

Rua Siglano Parfumei

Nº *171*

BAIRRO:

Centro

DADOS FAMILIARES

FILHOS:

01

IDADES: *24 anos*

NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA: -

REGISTRADO EM CARTEIRA: -

RENDAMENTO FAMILIAR: R\$: -

OUTRA RENDA: -

BOLSA FAMÍLIA: -

DESPESAS

ALUGUEL:	R\$: <i>700,00</i>	FINANCIAMENTO:	R\$: -
ENERGIA:	R\$: -	GÁS:	R\$: <i>80,00</i>
ÁGUA:	R\$: -	MEDICAMENTOS:	R\$: <i>480,00</i>
TELEFONE:	R\$: -	ALIMENTAÇÃO:	R\$: <i>500,00</i>

PER CAPTA R\$ _____.

TOTAL R\$ _____

PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL

A Requerente de enquadrado nos critérios da lei municipal 956107 para concessão do Benefício

Marialva: *27/03/20*

Whiteira Maria Bezerra Soares

Assinatura
Solicitante

Valéria Alves

Valéria Alves
Secretária de Assistência Social



SECRETARIA MUNICIPAL DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL
MARIALVA-PARANÁ
FONE: 3232-10752 / 3232-2580 / 32326196

DECLARAÇÃO

Eu, Thereseia M. B. Soares

Brasileiro (a), casado (a), portador do CPF n.º 035 206 288 64,

RG n.º 24.655 527-2, residente a _____

Rua Sulpiciano Parpinello n.º 873, nesta cidade de

Marialva - PR, bairro Centro. Declaro que nesta data,

Recebi da Secretaria Municipal de Assistência Social os serviços a seguir:

Despesas Necessaria Basica

Por ser a expressão da verdade, assino a presente declaração.

Marialva – PR, 25 / 09 /2018.

Thereseia Maria B. Soares
Assinatura do Declarante

REGIAR

ABENDAMENTO

Sta Casa Mg

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

RA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
CEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

TO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

2 - CNES	
4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
05/05/63	Masc. ☐ Fem. ☒
9 - TELEFONE DE CONTATO	
Nº DO TELEFONE	

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP
Manoel	888	PR	86990000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE
	R.N.M. Joelho	

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
Lesão meniscal	M21.1		
37 - OBSERVAÇÕES			
Remoção N. Magnética			

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
João A. Santos	21/09/18	Dr. José Augusto Santana
40 - DOCUMENTO	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS (X) CPF	905119588-2	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
		a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES

