



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: 12514 / 2018 Ordinário Data: 30/11/2018 Página 1 / 1

Credor: 101601 HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Endereço: - - C.E.P. - -

C.N.P.J.: 75.225.011/0001-79

Insc. Est.:

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE
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.....: 12685

Nº Convênio: /

Dotação Inicial
500.000,00

Saldo Anterior
6.267,60

Valor
3.100,00

Saldo Atual
3.167,60

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

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	62,00	diári	DIÁRIA COM ALIMENTAÇÃO, PERNOITE (HOSPEDAGEM COM ALAS MASCULINA E FEMININA SEPARADAS E QUARTOS INDIVIDUAIS PARA PACIENTES COM BAIXA IMUNIDADE), E COM TRANSPORTE (IDA E VOLTA) PARA CLÍNICAS E HOSPITAIS EM CURITIBA-PR E REGIÃO METROPOLITANA, PRINCIPALMENTE, AO HOSPITAL ANGELINA CARON	50,00	3.100,00

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.100,00

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

ORDEN 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 DE MARIALVA****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2018****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****13263 / 2018****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 09/11/2018****Página 1 / 1****Fornecedor:** 101601 - HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME**CNPJ:** 75.225.011/0001-79**Insc. Estadual:****Endereço:****Bairro:** - **Cidade:** -**CEP:****Telefone:** 3232

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

PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA: 1 Dias

LOCAL DE ENTREGA: no local indicado na ordem de serviço

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

Ord.	Item	Descrição	Marca	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	73197	DIÁRIA COM ALIMENTAÇÃO, PERNOITE (HOSPEDAGEM COM ALAS MASCULINA E FEMININA SEPARADAS E QUARTOS INDIVIDUAIS PARA PACIENTES COM BAIXA IMUNIDADE), E COM TRANSPORTE (IDA E VOLTA) PARA CLÍNICAS E HOSPITAIS EM CURITIBA-PR E REGIÃO METROPOLITANA, PRINCIPALMENTE, AO HOSPITAL ANGELINA CARON	CASA D APOIO CURITIBA	diária	62,00	50,0000	3.100,00
Total:							3.100,00

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

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

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 36/2019

Data : 15/02/2019

Conta Creditada HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 3723

Conta: 79194

Valor Pago: 3.100,00

NºAutenticação: C24CB5AA66BEF8BF

P/GERMITHO
Ref mês 8/18

CENTRAL DE APOIO

CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDA DE PACIENTES E ACOMPANHANTES

REFERENTE AO MUNICÍPIO DE: MARIALVA - PR

	ENTRADA	SAÍDA	Nº DIÁRIAS
Oscar Moraes + acompanhante	04/09/2018	05/09/2018	04
Gekumara Posera de Oliveira + acompanhante	05/09/2018	06/09/2018	04
Maiara Bruna + acompanhante	10/09/2018	14/09/2018	08
Honorina dos Santos Ribeiro + acompanhante	13/09/2018	14/09/2018	04
Dineia Francisca de Oliveira + acompanhante	18/09/2018	18/09/2018	02
Fátima Aparecida Pinheiro + acompanhante	19/09/2018	20/09/2018	04
Helio Salvagnini	19/09/2018	20/09/2018	02
Maria das Graças Benedito + acompanhante	19/09/2018	20/09/2018	04
Mariza Chagas da Silva + acompanhante	19/09/2018	20/09/2018	04

62 DIÁRIAS

folhas
01 - 36 DS
02 - 26. DS

Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

José Orlando Benediti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Marialva-PR
Decreto 5.824/17

01

36 DS

44) 998707/99

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) Mauzo Chagas da Silva
Residente em: Jonel Jose Chagas da Silva,
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. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 19/2/8 HORA: ____:____

SAÍDA: 20/3/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

.....
CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

.....
Assinatura

Casa de Apoio de
Curitiba
Pensão do Hélio
(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 mariza chagas do 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, 18 de Setembro de 2018.

Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

Casa de Apoio de
Curitiba
Pensão do Hélio
(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 Josiel Jose Chagas do 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, 18 de Setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

44) 998777783

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) Mano das Graças B.

Residente em: José Carrutero Curitiba

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

de Manoeloa

ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: u

Hospital: Hop. obs

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 19/8/2019 HORA: ____:____

SAÍDA: 20/8/2019 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

Casa de Apoio de
Curitiba
Pensão do Hélio
(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 João Carretano Curitiba 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, 19 de Setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

Casa de Apoio
— Curitiba
Pensão de Hélio
(41)3332-3245
(41)99958-1516
(41)99625-195

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR
autoriza Maria das Graças Bredito 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, 19 de Setembro de 2018.

44)998 4777 83

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

04

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a)

Elio Saboghini

Residente em: _____,

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

de Manoela ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: Haroldo

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 19/9/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 20/9/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

Elio Saboghini

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

Casa de Apoio de
Curitiba
Pensão do Hélio
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 Hélio Salvagnini 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, 19 de 09 de 2018.

Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

44/998 803912

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)

Fátima Aparecida Ribeiro

Residente em:

Ademir Ribeiro

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

de

Manoela

ou Deputado _____

Paciente:

Acomp.: Hop. obs

Hospital: CL

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus

☐ Ambul.....

ENTRADA:

19/9/2018

HORA: ____:

SAÍDA:

20/9/2018

HORA: ____:

Nº DIÁRIAS:

4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Fátima
Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

Casa de Apoio de
Curitiba
Pensão do Hélio
(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 Adeniro Pinheiro 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, 19 de Setembro de 2018.

Casa de Apoio de

Curitiba

Pensão do Hédio

(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 Fátima Aparecida Pinheiro portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hédio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 19 de Setembro de 2018.

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) Eleine Caroline de Oliveira / DINEIA FRANCIS

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: 18/09/2018 HORA: :

SAÍDA: 18/2/2019 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

x Winston Ford Chirvis

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Linier Francisco do 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, 18 de agosto de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

Casa de Apoio de
Cepitiba
Pensão do Hélio
41)3332-3245
41)99958-1516
41)99625-1956

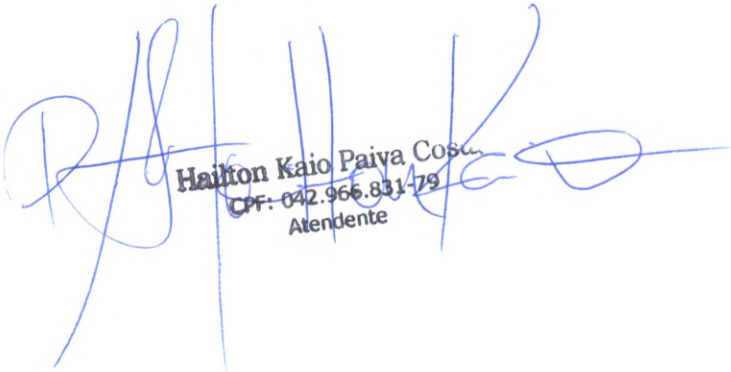
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Elaine Caroline 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, 18 de Agosto de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

44) 97026547

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) Honorina dos Santos Ribeiro

Residente em: Nilva Ap. Ribeiro de Souza

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Elias CL

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 13/9/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 14/9/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Nilva

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Honoreina dos Santos 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, 13 de setembro de 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Nilva Ap. Ribeiro de Souza 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 Setembro de 2018.

489823-5761

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) Maiara Bruna / Tatelly de melles

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Canon

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 10/09/2018 HORA: ____:____SAÍDA: 14/09/2018 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 10-2=8 TOTAL R\$ 08.....
Depto. de Saúde.....
Paciente**CASA DE APOIO CURITIBA**

Responsável

Assinatura

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Tatiane de M. Constante Martins 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, 10 de Setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza MARIA BRUNO M. R. OLIVEIRA portador
do RG 123540441 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, 10 de Setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

44 9984051477

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)

Marcelo P. POSELA DE OLIVEIRA

Residente em:

SALA CHARIR RUA CORREIO DA SILVA

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

de Marcelo TM ou Deputado _____.

Paciente: RENATO NAGAI

Acomp: 4-OLIVOS

Hospital: 4-OLIVOS

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 5/09/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 6/09/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Juliana
Paciente

.....
CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

.....
Assinatura

A blue ink scribble on a white background. The scribble consists of several overlapping loops and lines, forming a complex, abstract shape. It appears to be a single continuous line that has been drawn in a somewhat haphazard manner, creating a series of interconnected curves and loops. The overall impression is that of a quick, gestural mark, possibly a signature or a doodle.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Sono XAVIER R. G. da Silva, portador do ~~RG~~ -
CPF 04297873216 a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 05 de Setembro de 2018.



44) 999521195

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** 02Autorizamos o Sr.(a) Oscar Morais Maria LúciaResidente em: Ana Mariaa permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de Manalva ou Deputado _____.

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

ENTRADA: 4 / 9 / 2018 HORA: ____:SAÍDA: 5 / 9 / 2018 HORA: ____:Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____.....
 Depto. de Saúde

Paciente

.....
CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Segundo Paciente <u>Oscar, Manalva</u> <u>ligou autorizando</u> <u>a estadia na casa</u> <u>de Apoio até o</u> <u>dia 5/9/18</u> <u>* Oscar morais</u> Assinatura
--

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR autoriza _OSCAR MORAIS_, 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, 04 de setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR autoriza MARIA DE LURDES LIMA MORAIS, 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, 04 de setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

44) 9

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 Manalva ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: Hosp. de

Hospital: de

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 19/9/2008

HORA: ____:

SAÍDA: 20/9/2008

HORA: ____:

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

.....
Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

OBS: Vanilda
no esquema
de PPS

AUTORIZAÇÃO
FICOU EM CASA

Vanilda GR
Assinatura

44) 99 71 0017

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) Isaque Victor de Almeida

Residente em: Gracema Ribeiro

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Olho

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 27 / 09 / 2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 28 / 09 / 2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

OBS: CIRURGIA

AUTORIZADOS

POR TEL

+ POR - DAIANE

Assinatura

4499313043

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) Edson Condiani / Marcia Regina

Residente em: _____

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

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

ENTRADA: 27/09/2018 HORA: ____:____SAÍDA: 28/09/2018 HORA: ____:____Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____.....
Depto. de Saúde.....
Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

<u>OBS. CIRURGIA</u>
<u>AUTORIZADOS</u>
<u>P/ Telo P/ DAIANE</u>

Assinatura

CASA DE APOIO CURITIBA

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

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº 02

Autorizamos o Sr.(a)

Leonidas Gomes / Líquido Gomes

Residente em:

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

de

maricha

ou Deputado

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento:

Data Alta / Retorno ao **CENTRO**

/ /

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

7

Ônibus

7

Ambul.....

ENTRADA: 27/09/2018 HORA: _____:

SAÍDA: 28/2018 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

Peacocks 5 zones

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

OBS CIRURGIA

AUTOMIZOS P/TEL
P-DAIANE

Assinatura

44999188184

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) Francisco Nigino Motta / Lindinalva
Residente em: Motta de Moraes
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de Maricaba ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Olho / C. L.

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 27/09/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 28/9/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

OBS - CIRURGIA
AUTORIZADOS P/TEL
POA - DAIAHE

Assinatura

44-998173366

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) RONE MENDES DOS SANTOS / CREUSA ADELIA DA
Residente em: MARIALVA / SILVA,
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

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

ENTRADA: 25/09/2018 HORA: ____:____
SAÍDA: 25/9/2018 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 2 TOTAL R\$ _____

.....
Depto. de Saúde

Paciente

X Rone Mendes dos Santos
CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

Assinatura

Casa de Apoio de
Curitiba

Pensão do Hélio

(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 Rone Mendes dos Santos portador
do RG 53099093 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, 25 de Setembro de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Creusa Adélia da Silva portador
do RG 1387600-2 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, 25 de setembro de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.900.831-79
Atendente

44-98859924

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) MARIA LEONILDA MIRANDA DE ASSIS/MORACI
Residente em: MARIA LUIZA / ALUGS de
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal ASSIS
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Olhos do ParanáData internamento: 1 / 15 / 2018

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

ENTRADA: 19/09/2018 HORA: _____SAÍDA: 20/9/2018 HORA: _____Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

xm maria luisa de Assis**CASA DE APOIO CURITIBA**

Responsável

Assinatura

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR
autoriza MORACI ALVES DE ASSIS 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, 19 de setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

Casa de Apoio de
Curitiba
Pensão do Hélio
(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 Maria Leonilda Miranda de Assis 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, 19 de setembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA		Número da Nota	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS		790	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Data e Hora de Emissão	
			23/01/2019 11:22:19	
				Código de Verificação
				471X000F
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Razão Social: HELIO DA SILVA BRUSQUE CPF / CNPJ: 75.225.011/0001-79 Inscrição Municipal: 09 01 0441896-5 Endereço: RJOÃO 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: 75.282.680/0001-45 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				
HOSPEDAGEM ALIMENTAÇÃO TRANSPORTE DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE SAÚDE NA CIDADE DE CURITIBA PARANÁ E CIDADES VIZINHAS, REFERENTE: 62 DIÁRIAS NO VALOR DE R\$ 50,00 valor total de R\$ 3.100,00 AQUISIÇÃO - de acordo com: ☐ CONVITE ☐ TOMADA DE PREÇO ☐ CONCORRÊNCIA ☒ PREGÃO C 311 ☐ DISPENSA ☐ INEXIGIBILIDADE Nº 113 DE 17/10/17 Day Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 3.100,00 José Orlando Benedetti Villa Secretário Municipal de Saúde Decreto 0.637/17 Marialva-PR Marcelo A. Romão Gerente de Auditoria Marialva - PR				
VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.100,00				
Código da Atividade				
09 - 01 - Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pensões e congêneres; ocupação por temporada com fornecimento de serviço (o valor da alimentação e gorjeta, quando incluído no preço da diária, fica sujeito ao Imposto Sobre Serviços).				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	3.100,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS INFORMAÇÕES				
Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2005. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.				