



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: 941 / 2019 Ordinário Data: 31/01/2019 Página 1 / 1

Credor: 101601 HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Endereço: - C.E.P. - -

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

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Tipo de Licitação: Pregão
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Nº Licitação.....: 113/2017
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Nº NAD.....: 956
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº Convênio:/
Reduzido: 446	
F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERC 01303	
Desdobramento: 80 00 HOSPEDAGENS	

Dotação Inicial 1.600.000,00	Saldo Anterior 1.405.067,36	Valor 3.300,00	Saldo Atual 1.401.767,36
---------------------------------	--------------------------------	-------------------	-----------------------------

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	66,00	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	3.300,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	3.300,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

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

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ:** 76282680000145**Paraná****Exercício:** 2019**SOLICITAÇÃO DE DESPESA****1112 / 2019****Espécie:** Ordinário**Data de Emissão:** 30/01/2019**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
Unid. Orçamentária: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Função: 10 Saúde
Sub Função: 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa: 0008 SAÚDE NINGUÉM FICA SEM
Projeto/Atividade: 2052 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Nat. da Despesa: 3.3.90.39. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Desdobramento: 80 HOSPEDAGENS
SubDesdobramento: 00
Fonte de Recurso: 01303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CC
Recurso: Próprio
Contrapartida: Não **Reduzido:** 446 **Convênio N°:** /

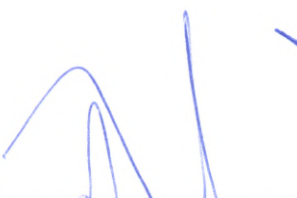
Processo: 209 / 2017
Modalidade: Pregão
Nº Licitação: 113 / 2017
Nº Contrato: 311 / 2017
Termínio: 17/04/2019
Data Publicação: 21/10/2017
Homologação: 17/10/2017
ID Contrato: 2017311
Subvenção: /
Cód. do Bem:

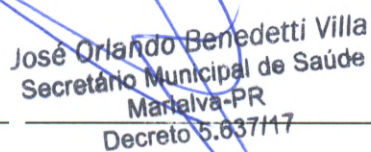
JUSTIFICATIVA: Prestação de serviço de hospedagem no Município de Curitiba-Pr, destinados aos pacientes oriundos desta municipalidade, que buscam tratamento fora do domicílio

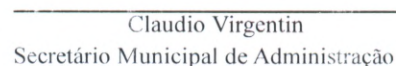
PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA: 1 Dias**LOCAL DE ENTREGA:** no local indicado na ordem de serviço**FORMA DE PAGAMENTO:** em até 30 (trinta) dias após a entrega da Nota Fiscal

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	CASAD CURITIBA	diária	66,00	50,0000	3.300,00

Total: 3.300,00


Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração


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


Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração

P/GMTHD
PT. 145 DEZ/16

FOLHAS
01 - 54 DD
08 - 12 DD

CENTRAL DE APOIO

CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDA DE PACIENTES E ACOMPANHANTES
REFERENTE AO MUNICÍPIO DE: MARIALVA - PR

	ENTRADA	SAÍDA	Nº DIÁRIAS
Marilene Braz da Costa + acompanhante	03/12/2018	11/12/2018	16 *
Vanilda Aparecida Amaral +2 acompanhante	04/12/2018	07/12/2018	12 X
Maria Aparecida Franco + acompanhante	05/12/2018	07/12/2018	06 *
Marcia Cavalleiro Guerreiro + acompanhante	04/12/2018	05/12/2018	04 X
Maria Aparecida C. Santos + acompanhante	06/12/2018	07/12/2018	04 X
José Carreteiro Curtolo + acompanhante	12/12/2018	13/12/2018	04 *
Gislaine Salvagniri + acompanhante	12/12/2018	13/12/2018	04 *
Marisa Chagas da Silva + acompanhante	12/12/2018	13/12/2018	04 X

66 DD

OK: 66 DIÁRIAS

Carlos José da Costa
Gerente de Transporte

54 DD

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

Karen Estefani W. + acompanhante	11/12/2018	19/12/2018	12 ☒

TOTAL DIÁRIAS==>

Osé Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Machala-PR
Decreto 5.637/17

12 20

Assinatura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

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

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de Dezembro 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 ELIEZER RESENDE 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, 03 de Dezembro de 2018.


Carlos José da Costa
Gerente de Transporte



44) 999 05 8087



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 Manoel ou Deputado

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

ENTRADA: 4/12/2018 HORA: ____:

SAÍDA: 7/12/2018 HORA: ____:

Nº DIÁRIAS: 12 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

OBS: Autorizado
por Carla de
Gerente Transporte
de ficar na pensão
mandou por email
44) 999680017

x

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 Vanilda Aparecida do A. Bruno portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 03 de dezembro de 2018.


Hamilton da Silva Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente



41 982 77868



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 Manoela ou Deputado _____

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 5/12/2018

HORA: ____:____

SAÍDA: 7/12/2018

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 6

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 Mário Aparecido Figueira Augusto 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 dezembro de 2018.

Hailton Keno 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 João Augusto Neto 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 dezembro de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente



44999200242



CASA DE APOIO CURITIBA

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

02

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº _____

Autorizamos o Sr.(a)

Eva cavaleiro lima330

Residente em:

marcia cavaleiro guerreiro (Aeh)

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Vixandi

Data internamento: 04/12/2018

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 04/12/2018

HORA: _____

SAÍDA: 5/12/2018

HORA: _____

Nº DIÁRIAS: 4

TOTAL R\$

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 Marcelo Cavalcante Guoriso 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, ____ de ____ de 2018.

Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente

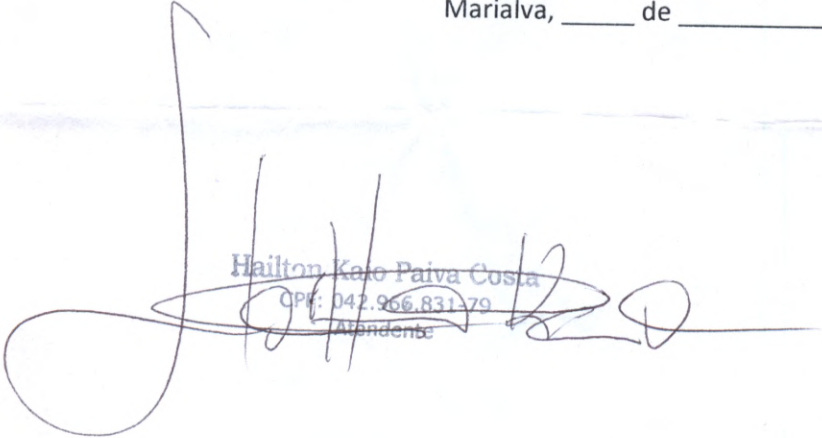
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza EVA CAVALHEIRO DONAZZO 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, ____ de ____ de 2018.


Hailton Kato Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente



44-99723-5475



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 Aparecida Canuto dos Santos
 Residente em: MARIA LUIZA / Neuza de Fatima Canuto
 a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
 de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: Hosp. Olhos Visconde de Pinhal

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL



Ônibus



Ambul.....

ENTRADA: 06/12/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 7/12/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: ____ TOTAL R\$ ____

.....
 Depto. de Saúde

Paciente

Neuza de Fatima Canuto

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

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

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 05 de Dezembro de 2018.


Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente



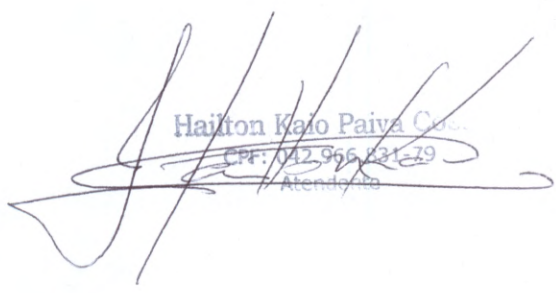
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR**

DECLARAÇÃO

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

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 05 de dezembro de 2018.


Hailton Kaio Paiva
CPF: 042.966.231-79
Atendente



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 Jose Carlos Cortes 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 dezembro de 2018.

Hailton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-72
Atendente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

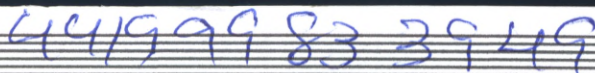
Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza MARIA DAS GRAÇAS Benedito Loureiro portador
do RG _____ a permanecer em estadia junto à Casa de Apoio Hélio da Silva Brusque
durante o período que evocar tratamento médico.

Sem mais, firmo a presente.

Marialva, 11 de dezembro de 2018.


Helen Kain Priva Costa
CPF: 042.956.831-79
Atendente





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

CAMA Nº

Residente em:

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

Paciente:

Acomp.:

Hospital:

Data internamento:

Data Alta / Retorno ao **CENTRO****ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL**

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 12/12/201 8 HORA: :

SAÍDA: 15/12/2016 HORA: :

Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$

Depto. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

Autorização por e-mail

Assinatura

447998207599



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

Paciente: Manoela
Acomp.: Manoela
Hospital: CC
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____
ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

ENTRADA: 12/12/2018 HORA: ____:____
SAÍDA: 13/12/2018 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ ____

Depto. de Saúde

Paciente

Autorizada por
email.

Assinatura

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

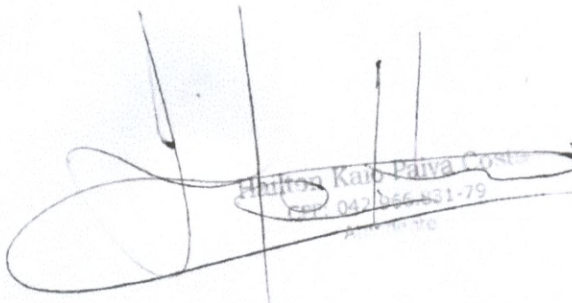
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
autoriza Faivel José Chagas 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 Dezembro de 2018.


Hilton Kaio Paiva Costa
CPF 042.066.831-79
Assessor



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA - PR

DECLARAÇÃO

autoriza Marcos Chagas Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva - PR
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 dezembro de 2018.


Hilton Kaio Paiva Cor
CPF: 042.966.831-79





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) KAREN ESTEFANIE W. / MARIA QUITERIA

Residente em: MARIALVA

WURMESTE

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: P. PRINCE

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 11/12/2018 HORA: ____:____

SAÍDA: 19/12/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 3+9=12 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

[Assinatura]
CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

Assinatura

_____ 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 dezembro de 2018.

[Assinatura]
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 Kapen Esteranie W. 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 dezembro 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 Mara Quitéria Wormeister 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 dezembro de 2018.


Hamilton Kaio Paiva Costa
CPF: 042.966.831-79
Atendente





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

Número da Nota
795

Data e Hora de Emissão
05/02/2019 14:23:36

Código de Verificação
SK9A100F

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

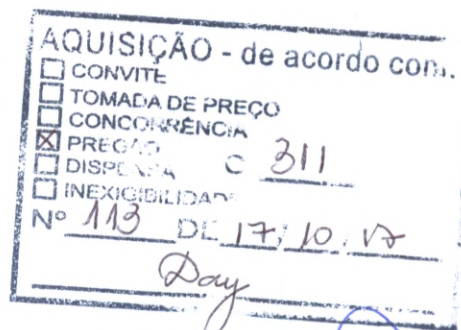
TOMADOR DE SERVIÇOS

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 PR.
 REFERENTE A 66 DIÁRIAS (TOTAL) R\$ 50,00 CADA

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 3.300,00



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

Marcelo A. Romão
 Gerente de Auditoria
 Marialva - PR

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.300,00

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	3.300,00	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.



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: 3.300,00

Nº Autenticação: 1E8F2DBBE44D5320