



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: 6087 / 2020 **Ordinário** **Data:** 10/08/2020 **Página** 1 / 1

Credor: 105857 ADILSON ANTONIO DA SILVA
Endereço: Residencial: TOMAS SILVESTRE, 75 - CASA - C.E.P. 86990000 - Marialva - PR
C.P.F.: 057.675.259-27 **R.G.:**

Orgão: 08. SECRETARIA MUN. DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	Tipo de Licitação: 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.....: 6108
Elemento Desp.: 3.3.9.0.48.00.00. OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS	Nº Convênio:/
Reduzido: 361	
F. de Recurso: 1000 RECURSOS ORDINÁRIOS (LIVRES) - EXERCÍCIO CORRENT 01000	
Desdobramento: 01 10 AUXÍLIOS A PESSOAS FÍSICAS - NÃO VINCULADAS A PROJETOS	

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
10.000,00	58.197,01	106,00	58.091,01

HISTÓRICO: REFERENTE AUXÍLIO FINANCEIRO.

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	1.00	SER	AUXILIO FINANCEIRO	106,00	106,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	106,00
------------------	------------------	------	---------------------	--------

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

de ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

Banco 11 Aço 7020

Nº da Conta

Nº do Cheque

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: ADILSON ANTONIO DA SILVA

C.P.F.: 057.675.259-27



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

SOLICITAÇÃO DE AUXILIO

VALOR: 106,00

AUXILIO SOLICITADO: AUXILIO FINANCEIRO

TELEFONE: 99851-6883

NOME: ADILSON ANTONIO DA SILVA

IDADE: 31

CPF: 057.675.259-27

RG: 9733607-5

CONJUGÊ: ALINE APARECIDA DE LIMA CAMARGO

ENDEREÇO: RUA PEDRO JACOMO, 462

JARDIM CUSTÓDIO

DADOS FAMILIARES

FILHOS: 1 IDADES: 1 ANO

NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA: ADILSON

REGISTRADO EM CARTEIRA: AUTONOMO

RENDIA FAMILIAR: R\$: 1.200,00

OUTRA RENDA: X

BOLSA FAMÍLIA: X

DESPESAS

ALUGUEL: 600,00 FINANCIAMENTO: X

ENERGIA: 120,00 GÁS: 80,00

ÁGUA: 40,00 MEDICAMENTOS: 150,00

TELEFONE: X ALIMENTAÇÃO: 550,00

PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL

*Favorável a concessão do benefício conforme parecer
do técnico da Secretaria de Saúde anexo*

MARIALVA

sexta-feira, 7 de agosto de 2020

Adilson Antonio da Silva

ASSINATURA - SOLICITANTE

Valéria Alves

SECRETÁRIA DE ASSISTENCIA SOCIAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FONE: 3801-6800

EMPENHO

MARIALVA:05/08/2020

IDENTIFICAÇÃO:

TIPO DE SOLICITAÇÃO: (X) Medicamento () Exame () Consulta () Outros		
Nome: ADILSON ANTONIO DA SILVA		
Data de Nascimento: 05/05/1989	Idade: 31	Estado Civil: CASADO
CPF: 057.675.259-27 Cartão SUS:		
Endereço: RUA PEDRO JACOMO 462 – JARDIM CUSTÓDIO		
Fone: (44) 98516883		
VALOR: R\$ 106,00		

COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

NOME	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	DOCUMENTO	TELEFONE
ALIENE APARECIDA DE LIMA CAMARGO	19	ESPOSA	CASADA		
ALECE DE LIMA SILVA	01 ANO	FILHA			

SITUAÇÃO ECONÔMICA

NOME	OCUPAÇÃO	RENDA	OBS
ADILSON	MONTADOR DE MÓVEIS	R\$ 1.200,00	
TOTAL RENDA		R\$ 1.200,00	
PER CAPTA		R\$ 400,00	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FONE: 3232-1151

DESPESAS:

ALUGUEL:	R\$ 600,00	FINANCIAMENTO:	R\$
ENERGIA:	R\$ 120,00	ALIMENTAÇÃO:	R\$ 550,00
ÁGUA:	R\$ 40,00	GAS:	R\$ 80,00
TELEFONE:	R\$	MEDICAÇÃO:	R\$ 150,00
		OUTROS:	R\$
TOTAL:			R\$ 1.540,00

Observações quanto às despesas:

SITUAÇÃO DA MORADIA:

() Própria (X) Alugada () Cedida () Abrigo () Agregado

SITUAÇÃO DA SAÚDE:

Pessoas portadoras de deficiência (física, mental, auditiva, visual, neuromotora, múltipla)?

(X) não () sim – Quem/Qual?

A pessoa com deficiência da família necessite da presença constante de uma ou mais pessoas para seus cuidados diários.

() não () sim

Pessoas com problemas de saúde () não (X) sim:

Quem? ALICE BEATRIZ

Qual problema de saúde? ERRO INATO DE METABOLISMO E EPILEPCIA

Faz acompanhamento médico? SIM Se sim, qual a especialidade?

Utiliza medicação? SIM Se sim, é da rede pública? PÚBLICA E PRIVADA

Possui gestante na família?

(X) Não () sim Já iniciou o pré-natal? () não () sim

SITUAÇÃO FAMILIAR:

Sr. Adilson relatou que a filha Alice tem epilepsia e erro inato de metabolismo, por isso embora Alice tenha 1 ano e 8 meses não consome alimento sólido, fazendo uso apenas de fórmulas especiais.

Sr. Adilson é autônomo como montador de móveis, portanto sua renda não é fixa. Assim tem dificuldades de manter os custos com alimentação especial, bem como os medicamentos da Alice para garantir a qualidade de vida para a filha.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FONE: 3232-1151

ENCAMINHAMENTO:

Diante da situação de vulnerabilidade e atenção à "Saúde constitui um direito de todo cidadão, e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais", ENCAMINHO ADILSON ANTONIO DA SILVA para a concessão do benefício solicitado.

Adilson Antonio da Silva

ASSINATURA SOLICITANTE

José Orlando Benedetti Villa

SECRETARIA DA SAÚDE DE MARIALVA

Glazieli L. Guimarães
Glazieli L. Guimarães
A.S. 7346 - CRESS 1ª Região-PR
Assistente Social

Glazieli Lemos Guimarães
Assistente Social
CRESS Nº. 7346

RECEITUÁRIO
CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DR. ADEMAR CÉSAR IGNÁCIO DE MORAES

CRM/PR 17.321

Av. Carlos Gomes, 294 - Zona 05

FONE: (44) 3028-3616

Maringá - PR

Neurologia
Infantil

e
Psiquiatria
Maringá

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

PACIENTE: Alice Beatriz de Lima Silva

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO: Uso Interno

1) Keppra ou levetiracetam (100mg/ml) ----- 1 vidro

Toma 1 ml 2 vezes ao dia, via oral, por 15 dias. Após, tomar 2 ml 2
vezes ao dia .

04/8/20



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT.:

ENDEREÇO:

ORGÃO EMISSOR:

CIDADE:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA:

Av. Carlos Gomes, 294 - Zona 05

Fone/fax 44 3028 3616

Cep 87015-220

Maringá - PR

e-mail: neurologiainfantilmaringa@gmail.com

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

343832262

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ADILSON ANTONIO DA SILVA



RG 9733697-5

CPF 057.675.259-27

Nome JONAS JOSE DA SILVA

Nome Mãe GILIA APARECIDA LEME DA SILVA

Validade 16/09/2011

Renovação 10/09/2010

343832262

PROIBIDO PLASTIFICAR

CASA
UNICORANA, PR

DAVID ZANCOTTI

3505-80259
PR90 15.01.94

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO
10/09/2010

ULTRAN, PR (PARANÁ)

Comp	Banco	Agência	DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque N.º	C3	R\$	
018	001	2278	0	8	8.300-3	8	001	157001	3		4102.00*
018	001	2278	0	8	8.300-3	8	001	157001	3		

Pague por este
cheque a quantia de

Cartão de Débito Federal

ADILEONI ANTONIO DA SILVA



MARIALVA PR
00.000.000/1691-88
01-RUA ATILIO FERREI, 84
CENTRO - MARIALVA PR

MARIALVA

10

de

agosto

ou à sua ordem

de

2020

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