

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: 6358 / 2020 Ordinário Data: 25/08/2020 Página 1 / 1

Credor: 106417 MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

Endereço: - C.E.P. - -

C.P.F.: 668.976.619-53 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: 361

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.....: 6382

Nº Convênio:/

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
10.000,00	53.069,12	1.039,00	52.030,12

HISTÓRICO: REFERENTE AUXILIO FUNERAL.

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	1,00	SER	AUXILIO FINANCEIRO	1.039,00	1.039,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	1.039,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

Empenho por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

PAGAMENTO ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

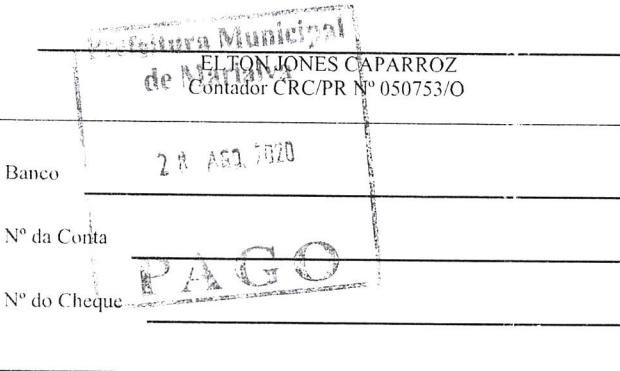
BRUNO COSTA DE OLIVEIRA
Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8

RECEBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Credor: MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS
C.P.F.: 668.976.619-53





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

SOLICITAÇÃO DE AUXILIO

VALOR: 1.039,00

AUXILIO SOLICITADO: *Auxílio Funeral* TELEFONE:

NOME: *Maria Aparecida da Silva Santos* IDADE:

CPF: *668.976.619-53*

CONJUGÊ:

ENDERECO: *Rua Washington Luz* **LUZIA MEGIATO**
Centro

DADOS FAMILIARES

FILHOS:	<input checked="" type="checkbox"/>	IDADES:	<input checked="" type="checkbox"/>
NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA:	<input checked="" type="checkbox"/>		
REGISTRADO EM CARTEIRA:	<input checked="" type="checkbox"/>		
RENDAS FAMILIAR: R\$:	<input checked="" type="checkbox"/>		
OUTRA RENDA:	<input checked="" type="checkbox"/>	BOLSA FAMÍLIA:	<input checked="" type="checkbox"/>

DESPESAS

ALUGUEL:	<input checked="" type="checkbox"/>	FINANCIAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/>
ENERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	GÁS:	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁGUA:	<input checked="" type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/>
TELEFONE:	<input checked="" type="checkbox"/>	ALIMENTAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/>

PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL

FAVORÁVEL A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE *Paulo*

MARIALVA

25 DE AGOSTO DE 2020

Paulo

Tânia Alves

ASSINATURA - SOLICITANTE

SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM - RAM/RAE

Município:	Data:	USA:	Base:	Médico Regulador	Nº Ocorrência	Hora (QTR)
Endereço:	2916/2019/000000000000000000		Fernanda 09:48		05	
Nome da vítima:	Washington Ferreira da Silva		Idade:	84	Sexo: M () F ()	
NATUREZA DO CHAMADO						
<input type="checkbox"/> Ocorrência: <input type="checkbox"/> Transferência						
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Causa Externa <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAB				Origem:		
<input type="checkbox"/> Quase afogamento <input type="checkbox"/> Queda _____ <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito _____				Contato:		
<input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Elotrocção <input type="checkbox"/> Desab./ Soterramento				Destino:		
Motivo do transporte: <input type="checkbox"/> Serviço de maior complexo. <input type="checkbox"/> Transf. simples <input type="checkbox"/> Exame complem.						

Hipótese Diagnóstica:

Avaliação e Exame Clínico

Queixas:

Sinais / Sintomas: Dificuldade de respirar Cianose Palidez Sangramento Convulsão Inconciente Agitação / agressividade Dor Vômito Diarréia alergia Outros:Antecedentes: Alcoolismo Tabagismo Convulsão Diabetes Hipertensão AVC Doença Cardíaca Doença pulmonar Doença renal Doença mental Alergia:
 Internamentos anteriores _____ Cirurgias realizadas _____ Medicamentos _____Início dos Sintomas: Menos de 1 Hora 1 a 3 Horas mais de 4 horas mais de 24 horas Não Sabe

PA	FC	FR	T	Sat 02	%	HGT																			
A Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução parcial <input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Bronco asp	<input type="checkbox"/> Edema glote																						
B Respiração	<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Insuf. Resp. <input type="checkbox"/> Parada Resp. <input type="checkbox"/> Gasping <input type="checkbox"/> Ventilação assistida / RITMO: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular																								
C Circulação	EXPANSIBILIDADE: Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Assimétrica / AUSCULTA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Estentores <input type="checkbox"/> Dimin. MV <input type="checkbox"/> MV abolido																								
D Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Obnubilação <input type="checkbox"/> Torpor <input type="checkbox"/> Coma				Sup. Corp. Queimada:																				
Glasgow	<table border="1"> <tr> <td>Resposta ocular</td> <td>Resposta Verbal</td> <td>Resposta Motora</td> </tr> <tr> <td>Esportânea (4)</td> <td>Orientada (5)</td> <td>Obdece o comando (6)</td> </tr> <tr> <td>A voz (3)</td> <td>Confusa (4)</td> <td>Localiza a dor (5)</td> </tr> <tr> <td>A dor (2)</td> <td>Palavras Inap. (3)</td> <td>Retira a dor (4)</td> </tr> <tr> <td>Nenhuma (1)</td> <td>Palavras Imcomp. (2)</td> <td>Flexão anormal (3)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nenhuma (1)</td> <td>Extensão anormal (2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nenhuma (1)</td> </tr> </table>	Resposta ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Esportânea (4)	Orientada (5)	Obdece o comando (6)	A voz (3)	Confusa (4)	Localiza a dor (5)	A dor (2)	Palavras Inap. (3)	Retira a dor (4)	Nenhuma (1)	Palavras Imcomp. (2)	Flexão anormal (3)		Nenhuma (1)	Extensão anormal (2)			Nenhuma (1)			
Resposta ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora																							
Esportânea (4)	Orientada (5)	Obdece o comando (6)																							
A voz (3)	Confusa (4)	Localiza a dor (5)																							
A dor (2)	Palavras Inap. (3)	Retira a dor (4)																							
Nenhuma (1)	Palavras Imcomp. (2)	Flexão anormal (3)																							
	Nenhuma (1)	Extensão anormal (2)																							
		Nenhuma (1)																							
	PUPILAS: <input type="checkbox"/> Míose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Foto reagente a luz <input type="checkbox"/> Não reagente a luz / DÉFICIT SENSITIVO: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente DÉFICIT MOTOR: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Sinal de Battle <input type="checkbox"/> Hematoma pericocular <input type="checkbox"/> Otorragia																								
E Exposição	PESCOÇO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Turgência de jugular <input type="checkbox"/> Desvio de traqueia TÓRAX: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Instável <input type="checkbox"/> Tatuagem de cinto / volante <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal ABDOMEN: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Estendido <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Doloroso / defesa																								

GO: _____ IG: _____ G _____ P _____ C _____ A _____ Trabalho de parto Parto Abortamento Hemorragia Vaginal / RN: Vivo MortoA) Desobstrução VA Cânula orofaríngea IAT Máscara laringea Cricot reoidostomia
 B) Ambu Ventilador mecânico 02 suplementar Drenagem torácica Descompressão torácico de alívio Curativo três pontos
 C) Massagem cardíaca Desfibrilação / cardioversão Controle de hemorragia AVP CVC Imobilização colar cervical Talas Outros

EVOLUÇÃO

Acamado há 3 anos, portador de AVC pós 1.5 anos, IAM há 4 anos, em tratamento clínico na cardilogia, ausência de movimentos respiratórios, ausência de pulso central, pupilas isofotorreagentes (não reagentes à luz). Constatado óbito às 01:18 hrs.

ENCAMINHAMENTO

Liberado para transporte c/ USB	<input type="checkbox"/> Recusa atendimento: Eu: _____ Assumo: _____ Ass: _____	RG: _____
---------------------------------	---	-----------

ÓBITO No local Durante atendimento Durante transporte

Transporte: <input type="checkbox"/> Decubito <input type="checkbox"/> Elevação Cabeça <input type="checkbox"/> Imobilizado	Hospital destino: _____ Assinatura resp: _____
---	---

Identificação da equipe: Médico Intervencionista: <i>Thierry</i> Enfermeiro: <i>Thierry</i> Condutor: <i>André</i> Demais Tripulantes: _____	Assinatura: <i>Dra Karen Santini CRM-PR 47.770</i>	CRM/COREN: _____
--	--	------------------

Comp 018 Banco 001 Agência 2278 DV 0 C1 8 Conta 8.300-3

C2 8 Série 001 157020 001 157020

Cheque N.o 0 R\$ (1039,00)

Pague por este
cheque a quantia de

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*