



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: 214 / 2020 Ordinário Data: 14/01/2020 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: 294

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.....: 235

Nº Convênio: /

Dotação Inicial

900.000,00

Saldo Anterior

844.705,91

Valor

3.850,00

Saldo Atual

840.855,91

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	77,00	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	3.850,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	3.850,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

Empenhado por:

PAULO CÉSAR MORI

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

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



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

Número da Nota

1150

Data e Hora de Emissão

16/01/2020 07:47:48

Código de Verificação

U5AL5503

PRESTADOR DE SERVIÇOS**Razão Social:** HELIO DA SILVA BRUSQUE**CPF / CNPJ:** 75.225.011/0001-79**Endereço:** R. JOÃO PAROLIN, 001375 - BAIRRO: PAROLIN**Município:** CURITIBA**Inscrição Municipal:** 09 01 0441896-5**Tel.:** 41 - 32962463**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:****Endereço:** RUA SANTA MADALENA EFIGENIA, 680 - BAIRRO: CENTRO**Município:** Marialva**Outro Doc.:****Email:** licitacao@marialva.pr.gov.br; centrodeapoio.curitiba@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 77 DIÁRIAS (TOTAL) A R\$ 50,00 CADA.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 3.850,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:

- ☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREGÃO
☐ DISPENSA
☐ INEXIGIBILIDADE

C. 311
 Nº 113.12 DE 1 / 1

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.850,00**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	3.850,00	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.

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

Marcelo A. Romão
 Gerente de Auditoria
 Marialva - PR

Despesas Empenhadas

Início > Fornecedores - Despesas Empenhadas > Detalhes - Empenho: 214 / 2020 - HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Empenho

Empenho: 214/2020

Data Emissão: 14/01/2020

Nº Licitação: 113/2017

Nº Contrato: 311/2017

Espécie: Ordinário

Data Entrega:

Modalidade: Pregão

Nº Processo: 209/2017

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

Fornecedor

Nome: HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Endereço: - CEP: -

CNPJ/CPF: 75.225.011/0001-79

Programática

Programática: 07.002.10.302.0008.2.052.3.3.90.39.00.00.

Fonte de Recurso: 1303 - SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CORRENTE

Detalhes da Programática

Valores

Empenhado: 3.850,00

Anulado: 0,00

Liquidado: 0,00

Retido: 0,00

Valor Pago: 0,00

A Pagar: 3.850,00

Justificativa / Histórico

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

Data	Descrição	Nº Documento	Valor	Valor a Liquidar	Valor a Pagar
14/01/2020	Empenho	Emp: 214	3.850,00	3.850,00	3.850,00

Sequencia Especificação

Sequencia	Especificação	Quantidade	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	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	77,00	diária	50,00	3.850,00
Total: 77,00				Total: 50,00	Total: 3.850,00

Não possui anulações.

Sem registros.

Sem registros.

Não possui pagamentos.

Sem registros.

ORGANIZA
SAC CAD

PR mês 11/2019
P/COMPANHANTES

CENTRAL DE APOIO

FOLHA

01 - 18 DI

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

	ENTRADA	SAÍDA	Nº DIÁRIAS	OBS:
Luiz Fernando Bonan	01/11/2019	10/11/2019	10 ✓	40 DIÁRIAS
Eleine Caroline de Oliveira + acompanhante	10/11/2019	12/11/2019	02 ✓	
Adelson Lima Santos	13/11/2019	15/11/2019	03 ✓	
Silvana Perolti	13/11/2019	15/11/2019	03 ✓	
TOTAL DE DIÁRIAS =====>				

01

Wolnei Borges Junior
Supervisor de Transporte



Centro de Apoio Curitiba <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

Autorização Hospedagem

1 mensagem

TRANSPORTE SAÚDE MARIALVA <transportesaudemarialva@hotmail.com>

16 de outubro de 2019 14:06

Para: "centrodeapoio.curitiba@gmail.com" <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

Autorizamos a hospedagem do senhor **LUIZ FERNANDO FARINEL BONAN, RG 7.257.409-5.**

Atenciosamente

Roselaine de Moura
Agente Administrativo

Wolni Borges Junior
Gerente Transporte



Centro de Apoio Curitiba <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

Autorização Hospedagem

2 mensagens

TRANSPORTE SAÚDE MARIALVA <transportesaudemarialva@hotmail.com>

16 de outubro de 2019 14:06

Para: "centrodeapoio.curitiba@gmail.com" <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

Autorizamos a hospedagem do senhor **LUIZ FERNANDO FARINEL BONAN, RG 7.257.409-5.**

Atenciosamente

Roselaine de Moura
Agente Administrativo

Wolni Borges Junior
Gerente Transporte

TRANSPORTE SAÚDE MARIALVA <transportesaudemarialva@hotmail.com>

30 de outubro de 2019

09:53

Para: "centrodeapoio.curitiba@gmail.com" <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>, "BORGESwolni@gmail.com" <BORGESwolni@gmail.com>

Reenviamos a autorização de hospedagem pelo tempo necessário do Senhor **LUIZ FERNANDO FARINEL BONAN**

Enviado do Outlook

De: TRANSPORTE SAÚDE MARIALVA

Enviado: quarta-feira, 16 de outubro de 2019 14:06

Para: centrodeapoio.curitiba@gmail.com <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

Assunto: Autorização Hospedagem

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**CASA DE APOIO HÉLIO
CURITIBA-PR**

Telefones: (41)3332-3245
(41)99958-1516
(41)99625-1956

Endereço: Rua João Parolin 1375 – Prado Velho
– Curitiba/PT

**MUNICÍPIO DE SAÚDE
MARIALVA – PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **ELEINE CAROLINE DE OLIVEIRA**, portador do RG nº, **11.002.104-6** 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 **Novembro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

**CASA DE APOIO HÉLIO
CURITIBA-PR**

Telefones: (41)3332-3245
(41)99958-1516
(41)99625-1956

Endereço: Rua João Parolin 1375 – Prado Velho
– Curitiba/PT

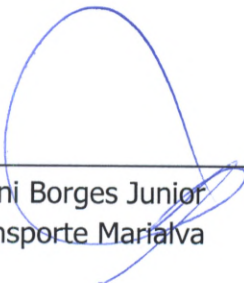
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA – PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **SILVANA TEROLTI**, portador do RG nº, **57.316.134-3** 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 **Novembro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

Phenyl
For Mrs 10/19
Polina

150

REFERENTE AO MUNICÍPIO DE MARIALVA – PR

10

Transporte

5

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **REBECCA MANUELA CARVALHO DE OLIVEIRA SIMÕES**, portador do RG nº, **1417114** 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, **01** de **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **DEBORA FERNANDA CARVALHO DE OLIVEIRA**, portador do RG nº, **13.207.814-9** 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, **01** de **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **MARIA GONZAGA APARECIDO**, portador do RG nº, **8.328.989-9** 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 **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **MARIA INES OZILIERI**, portador do RG nº, **6.069.773-1** 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 **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **APARECIDO BERNARDINO DA SILVA**, portador do RG nº, **6.375.544-3** 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, **15** de **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MARIALVA – PR

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **MARGARIDA ANTONIO DOS SANTOS SILVA**, portador do RG nº, **5.022.568-2** 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, **15** de **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

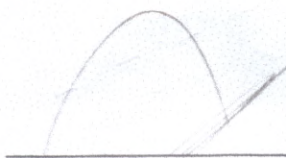
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA – PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **ADILSON ANTONIO DA SILVA**, portador do RG nº, **9.733.607-5** 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, **22** de **Outubro** de 2019.



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MARIALVA – PR**

DECLARAÇÃO

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Marialva – PR autoriza **ALINE APARECIDA DE LIMA CAMARGO**, portador do RG nº, **14.421.307-6** 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, **22** de **Outubro** de 2019. ▸



Wolni Borges Junior
Transporte Marialva



Centro de Apoio Curitiba <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

Recepção de IVONE SUELY FARINEL BONAN

1 mensagem

TRANSPORTE SAÚDE MARIALVA <transportesaudemarialva@hotmail.com>
Para: "centrodeapoio.curitiba@gmail.com" <centrodeapoio.curitiba@gmail.com>

21 de outubro de 2019 07:53

Bom dia

Solicitar recepcionar e instalar a Sra Ivone Suely Farinel Bonan - RG 2.148.652-3

Atenciosamente

Roselaine de Moura
Agente Administrativo

Wolni Borges Filho
Gerente de Transportes

Enviado do Outlook



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 16/2020

Data : 24/01/2020

Conta Creditada HELIO DA SILVA BRUSQUE - ME

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 3723

Conta: 79194

Valor Pago: 3.850,00

NºAutenticação: C1B1752073247883

44 999718513



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 2

Autorizamos o Sr.(a) There Suely Faivel Bonan
Residente em: moradia
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____

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

ENTRADA: 21/10/2019 HORA: ____:____
SAÍDA: 01/11/2019 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 12 TOTAL R\$ _____

Depo. de Saúde

Paciente

There Bonan

CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

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 1

Autorizamos o Sr(a) Paulo Fernando Bonazzi
Residente em: _____
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de Maracá ou Deputado _____

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

Depto. de Saúde _____ Paciente _____
Responsável Julio Fernando J. Bonazzi
CASA DE APOIO CURITIBA

ENTRADA: 26/10/2019 HORA: _____
SAÍDA: 31/10/2019 HORA: _____
Nº DIÁRIAS: 7 TOTAL R\$ _____

Paulo Fernando Bonazzi
Autorizado
Autorizado
Assinatura

44 889060777



CASA DE APOIO CURITIBA

RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAIAIS 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) Alinne APD De Lima Camargo

Residente em: _____

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

Paciente: 07/2018

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 25/10/2018 HORA: ____:____

~~SAÍDA~~ 31/10/2018 HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 8 TOTAL R\$ _____

Depo. de Saúde _____ Paciente _____

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável [Assinatura]

Assinatura _____



CASA DE APOIO CURITIBA
RUA JOÃO PAROLIN, 1375 ESQ. COM RUA PADRE ISAÍAS 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) ADILSON ANTONIO DA SILVA

Residente em: _____

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

Paciente: _____
Acomp.: el
Hospital: da Silva
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ENTRADA: 23/10/08 HORA: ____:____:____
SAÍDA: 31/10/08 HORA: ____:____:____
Nº DIÁRIAS: 8 TOTAL R\$ _____

Depo. de Saúde _____ Paciente _____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44 39766 4432



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

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº 2

Autorizamos o Sr.(a) Aparecida Beneditina da Silva
Residente em: Margareida Antunes da Silva
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de Marialva ou Deputado _____.

Paciente: _____	ENTRADA: <u>15/10/2019</u>	HORA: _____
Acomp.: _____	SAÍDA: <u>17/10/2019</u>	HORA: _____
Hospital: <u>Vicenda de Marialva</u>	Nº DIÁRIAS: <u>6</u>	TOTAL R\$ _____
Data Alta / Retorno ao CENTRO _____/_____/_____ ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL	Depo. de Saúde	Paciente <u>Margareida Antunes da Silva</u>
☐ Ônibus ☐ Ambul.....		
CASA DE APOIO CURITIBA Responsável		
Assinatura		

44 937290718



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

AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA

CAMA Nº 2

Autorizamos o Sr.(a) Maria Gonzaga Aparecida
Residente em: Município de Curitiba
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de meu nome ou Deputado _____.

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

ENTRADA: 3/10/2019 HORA: _____
SAÍDA: 07/10/2019 HORA: _____
Nº DIARIAS: 40 TOTAL R\$ _____
Depo. de Saúde _____ Paciente _____

CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

OBS
PERMANO HOJE
SABADO ATE 20H
passará para o cel. de
Assinatura _____

VIAGEM 7/10 - Segunda



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) Rebeca Manoela Carvalho de Oliveira Simões
Residente em: Deborah Fernanda Carvalho de Oliveira,
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de MAZUCA ou Deputado _____.

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

ENTRADA: 01/10/2019 HORA: ____:____:____
SAÍDA: 2/10/2019 HORA: ____:____:____
Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde _____ Paciente _____
Deborah G. Camello
Responsável **CASA DE APOIO CURITIBA**

Assinatura

44-98386849



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 2

Autorizamos o Sr.(a) Roberto de Souza
Residente em: Maria Ines de Souza Costa
a permanecer no CENTRO DE APOIO CURITIBA, por conta da Prefeitura Municipal
de Marialva ou Deputado _____.

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

ENTRADA: 30/03/2019 HORA: ____:____
SAÍDA: 4/9/2019 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 4 TOTAL R\$ _____
Depo. de Saúde _____ Paciente _____
Maria Ines Souza
CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável _____
Assinatura _____

44. 89964-3049



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) SILVANA FERRETI

Residente em: _____

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

Paciente: _____

Acomp.: _____

Hospital: _____

Data internamento: ____/____/____

Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐

Ônibus

☐

Ambul.....

ENTRADA: 13/11 2019

HORA: ____:____

SAÍDA: 15/11 2019

HORA: ____:____

Nº DIÁRIAS: 3

TOTAL R\$ _____

Depo. de Saúde

Paciente

CASA DE APOIO CURITIBA

Responsável

Assinatura

44 997 433204



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) Adelben Lima Santos
Residente em: moedas
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de _____ ou Deputado _____.

Paciente: _____	ENTRADA: <u>13/11/201</u> <u>9</u> HORA: _____	Assinatura
Acomp.: _____	SAÍDA: <u>15/11/201</u> <u>9</u> HORA: _____	
Hospital: <u>Painópolis</u>	Nº DIARIAS: <u>03</u> TOTAL R\$ _____	
Data internamento: _____ / _____ / _____	Depo. de Saúde _____ Paciente _____	
Data Alta / Retorno ao CENTRO _____ / _____ / _____		
ATENDEENTE/ASSIST. SOCIAL _____		
☐ Ônibus ☐ Ambul.....		
CASA DE APOIO CURITIBA Responsável _____		



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 2

Autorizamos o Sr.(a) Elaine Candiane de Oliveira
Residente em: Av. Ivo de Souza, 1000 - Curitiba
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de Marialva ou Deputado _____.

Paciente: _____ ENTRADA: 12/11/2019 HORA: _____

Acomp.: _____ SAÍDA: 12/11/2019 HORA: _____

Hospital: HL C Data internamento: _____

Data Alta / Retorno ao CENTRO _____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

Depto. de Saúde

Paciente

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

Assinatura

44999144955

44 999066277



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 1

Autorizamos o Sr.(a) Luiz Paulo Bonfari
Residente em: _____
a permanecer no **CENTRO DE APOIO CURITIBA**, por conta da Prefeitura Municipal
de MADEIRA ou Deputado _____

Paciente: _____
Acomp.: _____
Hospital: Principis
Data internamento: ____/____/____
Data Alta / Retorno ao CENTRO
____/____/____

ATENDENTE/ASSIST. SOCIAL

☐ Ônibus ☐ Ambul.....

ENTRADA: 01/11/2018 HORA: ____:____
SAÍDA: 10/11/2018 HORA: ____:____
Nº DIÁRIAS: 10 TOTAL R\$ _____

Depto. de Saúde

Paciente

Luiz Fernando S Bonfari

CASA DE APOIO CURITIBA
Responsável

Assinatura
Luiz Fernando S Bonfari