



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: 6848 / 2020 Ordinário Data: 08/09/2020 Página 1 / 1

Credor: 106474 MARIA JOANA MATOS DE SOUZA
Endereço: - C.E.P. - -
C.P.F.: 153.009.178-00 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 MUNICIPIO
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:
Dispensavel
Nº Licitação.....: /
Nº NAD.....: 6877
Nº Convênio: /

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
10.000,00	43.867,12	1.039,00	42.828,12

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

Empenhado por:
Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada
Marialva, de de

PAGAMENTO ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

ANTONIETA BELLINATI PEREZ
Prefeito Municipal

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

Banco: 11 SET 2020
Nº da Conta
Nº do Cheque: PAGO

RECIBO

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

Marialva, de de

Credor: MARIA JOANA MATOS DE SOUZA
C.P.F.: 153.009.178-00



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

SOLICITAÇÃO DE AUXILIO

VALOR: 1039,00

AUXILIO SOLICITADO: AUXILIO FUNERAL

TELEFONE:

NOME: MARIA JOANA MATOS DE SOUZA

IDADE: 61

CPF: 153.009.178-00

CONJUGÊ:

ENDEREÇO: GASTÃO VIDIGAL, Nº753

DADOS FAMILIARES

FILHOS: IDADES:

NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA:

REGISTRADO EM CARTEIRA:

RENDA FAMILIAR: R\$:

OUTRA RENDA:

BOLSA FAMÍLIA:

DESPESAS

ALUGUEL: FINANCIAMENTO:

ENERGIA: GÁS:

ÁGUA: MEDICAMENTOS:

TELEFONE: ALIMENTAÇÃO:

PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL

FAVORÁVEL A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE

PARECER EM ANEXO

MARIALVA

terça-feira, 8 de setembro de 2020


ASSINATURA - SOLICITANTE


SECRETÁRIA DE ASSISTENCIA SOCIAL



I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 05/09/2020 23:45	3 Cartão SUS 898904472401539	4 Naturalidade São Paulo / SP
	5 Nome do Falecido Araldoberto Ribeiro Filho	6 Nome do Pai Araldoberto Ribeiro	7 Nome da Mãe Mariana de Carvalho Ribeiro	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
	8 Data de nascimento 26/07/1960	9 Idade Anos completos: 60, Meses: 4, Dias: 10	10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: 2 <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Pedreiro	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialm divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada
	16 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Rua Getúlio Vargas	17 Bairro/Distrito Centro	18 Município de residência Maricá	16 CEP 753
	19 UF PR	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	21 Estabelecimento Pronto Atendimento Municipal	21 Estabelecimento Código CNES
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Av. Getúlio Vargas	23 CEP 86990000	24 Bairro/Distrito Centro	25 Município de ocorrência Maricá
	26 UF PR	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível: 2 <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)
	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Peso ao nascer [Gramas]	36 Número da Declaração de Nascimento Vivo	
II Residência	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input checked="" type="checkbox"/> Ignorado		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:		
	41 Nome do Médico Ariadine Pereira de Jesus	42 CRM 2553	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF onde ocorreu o IML UF
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) (44) 3232 1151	46 Data do atestado 05/09/2020	47 Assinatura Dra. Ariadine Pereira de Jesus Médica CRM/PR 38853	
III Ocorrência	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
IV Fetal ou menor que 1 ano	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Suicídio	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento
	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)			
V Causas externas	53 Cartório			
	54 Registro			



Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Telefone: (44) 3232-2580

Autorização de Benefício - Atendimento

Requisição: 599 NIS: 23739988718
Pessoa: 11319 - MARIA JOANA MATOS DE SOUZA
Logradouro: GASTAO VIDIGAL Nº: 0000000000000753
Bairro ou Distrito: CENTRO

Telefone:

Declaro que recebi o benefício eventual, descrito abaixo.

Benefício	Autorização	Quantidade
AUXILIO FUNERAL	08/09/2020	1

Marialva/PR, 08/09/2020

MARIA JOANA MATOS DE SOUZA
Usuário/Responsável

CRISTIANI LARINI
Operador
Cristiani Larini
Assistente Social
CRAS - 868 / 11ª Região/PP

Comp 018 Banco 001 Agência 2278 DV 0 C1 8 Conta 8.300-3 C2 8 Série 001 Cheque N.o 157045 C3 5 R\$
018 001 2278 0 8 8.300-3 8 001 157045 5

Pague por este cheque a quantia de HUM MIL E TRINTA E NOVE REAIS

MARIA JOANA MATOS DE SOUZA

a

ou à



MARIALVA 08 de SETEMBRO de

[Handwritten Signature]

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

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

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

REGISTRO GERAL 14.627.864-1 DATA DE EXPIRAÇÃO 28/FEV/2000

NOME MARIA JOANA MATOS DE SOUZA

FILIAÇÃO WALDEMAR DE SOUZA MATOS
E LUCIRIA DOMINGUES DE MATOS

NASCIMENTO S. JOÃO DO PAU D ALHO - 18/DEZ/1959
SP

EXC. CÍVEL SÃO PAULO-SP
PERUS
CC/FLV. 8012/FLS. 0007/N. 003073
153009178/00

LEI Nº 7116 DE 2004-B

9116-5

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA CLÁSSICA



POLEGAR DIREITO



Maria Joana Matos de Souza

CARTÃO DE IDENTIDADE