



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: 6498 / 2018 Ordinário Data: 21/06/2018 Página 1 / 1

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Endereço: Comercial: RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249 - - C.E.P. 87055406 - MARINGA - PR

C.N.P.J.: 00.331.788/0041-06

Insc. Est.:

Banco:341 - BANCO ITAU S.A. Ag.:932- Conta:57512-9

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050. PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA

Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Reduzido: 379

F. de Recurso: 31495 Atenção Basica

01495

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 93/2017

Nº NAD.....: 6613

Nº Convênio:/

Dotação Inicial

70.000,00

Saldo Anterior

30.985,77

Valor

5.985,00

Saldo Atual

25.000,77

HISTÓRICO: locação de concentrador de O2, destinados aos pacientes da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
------	-----	----	---------------	---------------	------------

1	19,00	Unid	Locação mensal de até 12 Concentradores de O2 com as seguintes especificações:	315,00	5.985,00
---	-------	------	--	--------	----------

especificações:

a) fluxo: 0,5 à 5 litros por minuto;

b) concentração mínima de oxigênio acima de: 93%;

c) móvel montado sobre rodízios;

d) dispositivo para controle de fluxo em incrementos iguais ou menores que 0,5 litros por minuto;

e) filtros para remoção de poeiras, bactérias e outras partículas;

f) sistema de adaptação para umidificador;

g) sistema de alarmes visual e sonoro, para indicação de efeitos e intercorrências, como: queda, falha elétrica e concentração de O² fora dos parâmetros;

h) alimentação elétrica: devem ser disponibilizadas unidades para rede de 110/127volts/60Hz ou 220-230volts/60Hz;

i) recarga de oxigênio medicinal O2 por ano, sendo cilindro com autonomia de 8 horas por recarga, com consumo mensal de energia entre 300-400 Watts

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

5.985,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

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

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

Credor: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

C.N.P.J.: 00.331.788/0041-06

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2018****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****6869 / 2018****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 11/06/2018****Página 1 / 1****Fornecedor:** 101816 - AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**CNPJ:** 00.331.788/0041-06**Insc. Estadual:****Endereço:** RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249**Bairro:** JARDIM BERTIOGA **Cidade:** MARINGÁ - PR**CEP:** 87.055-406**Telefone:** 44-3266-6150

Órgão: 07	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Processo:	/
Unid. Orçamentária: 07.002.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Modalidade:	Pregão
Função: 10	Saúde	Nº Licitação:	93 / 2017
Sub Função: 301	Atenção Básica	Nº Contrato:	283 / 2017
Programa: 0008	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	Termínio:	26/09/2018
Projeto/Atividade: 2050	PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA	Data Publicação:	27/09/2017
Nat. da Despesa: 3.3.90.39.	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Homologação:	26/09/2017
Desdobramento: 12	LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	ID Contrato:	2017283
SubDesdobramento: 00		Subvenção:	/
Fonte de Recurso: 01495	Atenção Basica	Cód. do Bem:	
Recurso:	Próprio		
Contrapartida:	Não	Reduzido: 379	Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: locação de concentrador de O2, destinados aos pacientes da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde**PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA:** 5 Dias**LOCAL DE ENTREGA:** nos locais indicados na ordem de compra**FORMA DE PAGAMENTO:** no prazo de 30 dias após entrega da fatura

Ord.	Item	Descrição	Marca	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	87024	Locação mensal de até 12 Concentradores de O2 com as seguintes especificações: a) fluxo: 0,5 à 5 litros por minuto; b) concentração mínima de oxigênio acima de: 93%; c) móvel montado sobre rodízios; d) dispositivo para controle de fluxo em incrementos iguais ou menores que 0,5 litros por minuto; e) filtros para remoção de poeiras, bactérias e outras partículas; f) sistema de adaptação para umidificador; g) sistema de alarmes visual e sonoro, para indicação de efeitos e intercorrências, como: queda, falha elétrica e concentração de O2 fora dos parâmetros; h) alimentação elétrica: devem ser disponibilizadas unidades para rede de 110/127volts/60Hz ou 220-230volts/60Hz; i) recarga de oxigênio medicinal O2 por ano, sendo cilindro com autonomia de 8 horas por recarga, com consumo mensal de energia entre 300-400 Watts	AIR LIQUIDE DE BRASIL	Unid	19,00	315,0000	5.985,00

Total: 5.985,00
Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração
José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 5.637/17José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração



Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)	TOTAL LIO
438668 MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/05/2018 a 30/05/2018	6.615,00		6615,00000
Paciente Nome					
591529 BENEDITO ALVES GOULART					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	29/05/2018	30/05/2018	2	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 17768
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
528882 BRAZ BURANELLO					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	01/05/2018	30/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 14529
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 12803
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
480491 ELVIA GORRAO CHINEN					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 5924
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
590333 EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	07/05/2018	30/05/2018	24	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
567081 ILMA ROCHA BRUNA					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
550853 JOÃO BATISTA CAMPOS					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
566448 JOÃO MARCHIORI SOBRINHO					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	01/05/2018	30/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
551243 JOSÉ CARRARI					
Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt. VI Unit Cola I Unit Taxa Qtd Equip/Cil VI Total Cola VI Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	01/05/2018	30/05/2018	30/05/2018	30	315,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 315,0000 300 580002
TOTAL					315,0000
Paciente Nome					
457225 MARIA DE FÁTIMA DAS NEVES					

Programa.: AL1318



Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
544327 MARIA DO CARMO CORREIA												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SALIDA F	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
553291 PEDRO TEODORO DA SILVA												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
555171 PORFIRIA LEONEL DE SOUZA												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
570577 RAUL CARVALHO VICENTE												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		16680
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
563041 ROBERTLANDIO SOUZA OLIVEIRA												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
569934 SATURNINO LANZA												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		580002
									TOTAL	315,0000		
Paciente Nome												
528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO												
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2018	30/05/2018	30	315,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	315,0000		14511
									TOTAL	315,0000		

Programa.: AL1318

Emissão em 08/06/2018 as 14:11



Resumo do Faturamento

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	2	315	630
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	3	315	945
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	16	315	5.040,00
TOTAL		315	6.615,00
TOTAL PACIENTES		21	

1a = 5.040,00
[Signature]

[Signature]
José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 5637/17
Mataiva - PR



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: BENEDITO ALVES GOULART							
Idade: 78		Data de Nascimento: 14/04/1940					
RG: 652 809		CPF: 452.248.461-53					
Cartão SUS: 702 0003 5805 4088							
Endereço: RUA DOS CURIOS					N.º 949		
Bairro: CONJUNTO JOÃO DE BARRO		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-998006144		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO A ANTENA DA RÁDIO							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: VALDINES APARECIDA GOULART FELIPIN				Fone: 44-998006144			
CPF do Responsável.: 036.789.679-65				Rg. 7.010.622.1			
Hipótese Diagnóstica: DPOC + CA DE PULMÃO + ICC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC + CA DE PULMÃO + IC – USO CONTÍNUO					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 16/05/18		Horário da solicitação: 16:23		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: BRAZ BURANELLO							
Idade: 77		Data de Nascimento: 24/08/1939					
RG: 3.062.6150		CPF: 23691115934					
Cartão SUS: 700 0045 2307 1106							
Endereço: Rua Atilio Ferri, 1274					N.º 1274		
Bairro: CENTRO		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: 3232-5588		Cel.: 9707-9580		e-mail:			
Ponto de referência:							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ILDA GUMIERO BURANELLO				Fone: 3232-5588			
CPF do Responsável: 852.862.309-20				Rg. 10.871.411-5			
Hipótese Diagnóstica: DPOC GRAVE							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 Concentrador O2		Descrição: CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO, CATETER NASAL					
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	3L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 11/10/2016		Horário da solicitação: 11:10		Requisitante: Secretaria Mul de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: CAMILA PEREIRA AMARAL						
Idade: 07		Data de Nascimento: 16/06/2007				
RG:		CPF:				
Cartão SUS: 898.0004.0125.3408						
Endereço: RUA MARIO PIVA,					N.º 2410	
Bairro: PQ DAS PALMEIRAS		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 9923-3528		e-mail:		
Ponto de referência: PRÓXIMO A CRECHE LEONARDO						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: INÊS SOUZA PEREIRA				Fone: 9923-3528		
CPF do Responsável.:				Rg. 1271137895		
Hipótese Diagnóstica:						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 02 CILINDRO O2		Descrição: ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO EVOLUTIVA P91.6 PENUMOPATIA CRÔNICA P27.1				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: _		Horário da solicitação:		Requisitante: Nome: ____ Telefone () _		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: CARLOS EDENEI TEIXEIRA

Idade: 47

Data de Nascimento: 10/01/1969

RG:

CPF: 708.293.149-20

Cartão SUS: 700 8054 0598 5586

Endereço: Rua Marina Simões Costa

N.º 111

Bairro: Jardim Presidente

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone:

Cel.: 99541480/ 98165154

e-mail:

Ponto de referência:

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: Jeferson Castro Teixeira

Fone: 99541480

CPF do Responsável.: 059.075.119-07

Rg.

Hipótese Diagnóstica: Acamado com traqueostomia, pós trauma craniano.

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: macronebulização contínua pela traqueostomia.

01 Concentrador O2

Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 08/06/2016

Horário da solicitação: 14:00

Requisitante: Secretaria Mul de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: ELVIA GORRÃO CHINEN						
Idade: 54			Data de Nascimento: 15/03/1961			
RG: 4694736-3			CPF: 03697807951			
Cartão SUS: 706204795208370						
Endereço: Rua Santa Efigênia,					N.º 104	
Bairro: Centro			CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA	
Telefone: 3014-1362		Cel.: 98187006		e-mail:		
Ponto de referência:						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente:				Fone:		
CPF do Responsável.:				Rg.		
Hipótese Diagnóstica:						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade		Descrição: DPOC + Ca de Pulmão operado				
01 Concentrador O2						
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico de DPOC e Ca de pulmão						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO		CPAP
				/ CONCENTRADOR		
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: _		Horário da solicitação:		Requisitante: Nome: ___ Telefone () _		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS							
Idade: 3 MESES			Data de Nascimento: 23/01/2018				
RG: -			CPF: -				
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566							
Endereço: AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO					N.º 133		
Bairro: CENTRO			CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone: -		Cel.: 44-99838-6348		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR DO CAZELATTO							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: CLAUDEJANIA RODRIGUES SOARES				Fone: 44-99838-6348			
CPF do Responsável.: 091.178.414-45				Rg. 13.776.451-2			
Hipótese Diagnóstica: SÍNDROME EDWARDS							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: SÍNDROME EDWARDS, TRAQUEOSTOMIZADA E GASTROSTOMIA					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	4 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	4 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	(X)	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 16/04/18		Horário da solicitação: 15:05		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: ILMA ROCHA BRUNA		
Idade: 64	Data de Nascimento: 15/09/1953	
RG: 4.013.458-1	CPF: 047.532.989-90	
Cartão SUS: 702 6032 5847 4740		
Endereço: RUA ONOFRE CORDEIRO DA SILVA		
N.º 209		
Bairro: CONJUNTO ANTONIO GARCIA SANCHES	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone:	Cel.: 44-99761-1731	e-mail:
Ponto de referência: EM FRENTE POSTO DE SAUDE		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: LUCIANA ROCHA		Fone: 44-99761-1731
CPF do Responsável.: 055.053.719-87		Rg. 7.386.371-6
Hipótese Diagnostica: DPOC		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC
01 CONCENTRADOR	
DE O2	

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 18/09/17

Horário da solicitação: 08:25

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA		
Idade: 63	Data de Nascimento: 27/10/1954	
RG: 1.245.839-8	CPF: 433.770.179-98	
Cartão SUS: 702 8081 2334 8669		
Endereço: RUA MANOEL CHAMORRO N.º 195		
Bairro: JARDIM SALEM CHADE	CEP: 86990-000	Cidade: MARIALVA
Telefone: -	Cel.: 44-99979-5229	e-mail:
Ponto de referência: ATRÁS DO CAMPO DE FUTEBOL		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: KAZUOKI KURUSHIMA		Fone: 44-99979-5229
CPF do Responsável.:		Rg.
Hipótese Diagnostica: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA
--	--

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	16H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:			
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Oxímetro:	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Tipo de sensor	
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Infantil	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	Adulto	()
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 20/02/18

Horário da solicitação: 09:30

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: JOAO BATISTA CAMPOS							
Idade: 65		Data de Nascimento: 18/09/1951					
RG: 6.194.905-4		CPF: 160.476.809-68					
Cartão SUS: 707 8076 9310 8518							
Endereço: RUA DOS PARDAIS					N.º 60		
Bairro: CONJUNTO JOÃO DE BARRO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99996-6388		e-mail:			
Ponto de referência:							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: FATIMA BATISTA CAMPOS				Fone: 99996-6388			
CPF do Responsável.: 018.864.719-83				Rg. 7.128.984-2			
Hipótese Diagnóstica: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 05/05/17		Horário da solicitação: 09:11		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra

Retirada

Instalação

Locação

Entrega

Recarga

Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: JOÃO MARCHIORI SOBRINHO

Idade: 75

Data de Nascimento: 01/03/1942

RG: 3.461.732-5

CPF: 046.492.149-04

Cartão SUS: 705 6004 3200 2812

Endereço: RUA JOÃO SIMÕES DA SILVA

N.º 182

Bairro: JARDIM PARAISO

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99824-7293

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR (ULTIMO GOLE)

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente:

Fone: 44 99824-7293

CPF do Responsável.: 863.378.159-04

Rg. 4.304.366-8

Hipótese Diagnostica: DPOC E ASMA

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: DPOC E ASMA SENTI MTA FALTA DE AR NO PERÍODO NOTURNO

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 12/09/17

Horário da solicitação: 14:10

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: JOSÉ CARRARI						
Idade: 90		Data de Nascimento: 29/03/1927				
RG: 594666		CPF: 087.969.639-72				
Cartão SUS: 704 8050 6819 2449						
Endereço: RUA JOSÉ VOLPATO					N.º 415	
Bairro: CONJUNTO MARIALVA II		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 44-99935-4868		e-mail:		
Ponto de referência: PROXIMO A SORVETERIA						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: CLAUDINETE DE FATIMA CARRARO GOLINE				Fone: 99935-4868		
CPF do Responsável.: 042.871.259-24				Rg.		
Hipótese Diagnóstica: DPOC						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	6h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 08/05/17		Horário da solicitação: 11:00		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA DE FATIMA DAS NEVES	
Idade: 62	Data de Nascimento: 23/01/1954
RG: 6.381.447-4	CPF: 937.489.659-15
Cartão SUS: 708002834367426	
Endereço: RUA CONRADO BONIFÁCIO	
N.º 164	
Bairro: JD ITAMARATI	CEP: 86990-000
Cidade/ MARIALVA	
Telefone: 3028-7979	Cel.: 44-997251686
e-mail:	
Ponto de referência: PROXIMO A AO COLEGIO PARIGOT	
Local de entrega: RESIDENCIA	
Em caso de emergência/contato:	
Responsável pelo paciente: EDILAINE APARECIDA DAS NEVES	Fone:-9839-6372
CPF do Responsável.: 042.008.849-09	Rg.
Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR
--	---

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 14/12/16

Horário da solicitação: 10:15

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: MARIA DO CARMO CORREIA							
Idade: 50		Data de Nascimento: 16/02/1967					
RG: 5.377.624-8		CPF: 768.936.168-72					
Cartão SUS: 703 2006 5373 5593							
Endereço: ESTRADA MARIALVA KM 20 Distrito de Cambuí					N.º		
Bairro: SÍTIO SÃO JOÃO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99839-5461		e-mail:			
Ponto de referência: ultima entrada antes da ponte do Rio Marialva, casa na beira da estrada							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ALEX SANDRO BEACHUK				Fone:-99839-5461			
CPF do Responsável.: 077.232.039-00				Rg. 5.985.227 SSPSC			
Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:			
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data:06/03/17		Horário da solicitação: 11:10		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: MARIA RODRIGUES DE LIMA						
Idade: 87		Data de Nascimento: 02/07/1927				
RG: 26414380-2		CPF:				
Cartão SUS: 705508425525110						
Endereço: RUA ISMAEL PERES					N.º 325	
Bairro: RESIDENCIAL ZAMBALDI		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 9736-0545		e-mail:		
Ponto de referência: PRÓXIMO A VILA ANTONIO						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: MARIA ALICE DE SOUZA PEREIRA				Fone: 9736-0545		
CPF do Responsável: 911.227.329-53				Rg. 5.281.802-8		
Hipótese Diagnóstica:						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CILINDRO O2		Descrição: ENFISEMA PULMONAR				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: _		Horário da solicitação:		Requisitante: Nome: _ Telefone () _		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: PEDRO TEODORO DA SILVA

Idade: 60

Data de Nascimento: 29/06/1956

RG: 5.551.251-5

CPF: 308.864.069-00

Cartão SUS: 705 8014 7782 5639

Endereço: RUA IPIRANGA

N.º

Bairro: JD REGENCIA

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: 44 3232-3363/3037-1608

Cel.: 44-99958-9102

e-mail:

Ponto de referência: EM FRENTE POSTO DE SAUDE

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente:

Fone:

CPF do Responsável.:

Rg.

Hipótese Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: ASMA

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 25/05/17

Horário da solicitação: 10:10

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: RAUL CARVALHO VICENTE		
Idade: 72	Data de Nascimento: 18/08/1945	
RG: 593576-8	CPF: 204.902.839-34	
Cartão SUS: 701 2080 2991 9310		
Endereço: RUA FORMOSA	N.º 1220	
Bairro: VILA BRASIL	CEP: 86990-000	Cidade: MARIALVA
Telefone:	Cel.: 44-99969-0370	e-mail:
Ponto de referência: AO LADO DA PADARIA ESQUINA A CASA DA CULTURA		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: FATIMA SEVERIANO VICENTE		Fone: 44-99969-0370
CPF do Responsável.: 911.252.869-20		Rg. 5.391.088-2
Hipótese Diagnostica: DPOC		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: DPOC MTA FALTA DE AR
--	---------------------------------

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 19/10/17

Horário da solicitação: 15:10

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: SATURNINO LANZA

Idade: 84

Data de Nascimento: 25/08/1933

RG: 1.724.212

CPF: 047.120.489-72

Cartão SUS: 700 0011 2448 7403

Endereço: RUA JOÃO MARTINS TOSTA SOBRINHO

N.º 568

Bairro: CONJ. VALENTIN GAZIM

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99806-8639

e-mail:

Ponto de referência: EM FRENTE POSTO DE SAUDE

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: MARCOS LANZA

Fone: 44-99952-8451

CPF do Responsável: 046.260.719-45

Rg. 8.360.316-0

Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC MTA FALTA DE AR

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 11/10/17

Horário da solicitação: 15:56

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
--------	----------	------------	---------	---------	---------	--------

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES

Idade: 38

Data de Nascimento: 02/02/1979

RG: 6.891.999-1

CPF: 008.805.559-04

Cartão SUS: 708 5063 3851 4571

Endereço: RUA PROFESSORA DORALICE PARPINELLI

N.º 8

Bairro: JARDIM GRUDTNER

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: -

Cel.: 44-99942-1596

e-mail:

Ponto de referência: PROXIMO POSTO DE SAÚDE DO JARDIM ITAMARATI

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: A MESMA

Fone: 44-99942-1596

CPF do Responsável.:

Rg.

Hipótese Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC SOLICITO OXIGÊNIO DOMICILIAR NA CRISE DE DISPNEIA

01 CONCENTRADOR

DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	2H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 21/11/17

Horário da solicitação: 14:30

Requisitante: Secretaria de Saúde
Nome: Marcelo Romão
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: VICENTINA DA SILVA BERNARDINO							
Idade: 70		Data de Nascimento: 30/03/1946					
RG: 6.394.302-9		CPF: 009.602.708-84					
Cartão SUS: 706 8071 6276 7830							
Endereço: Rua DOLORES MARIA DA SILVA					N.º 66		
Bairro: VILA ANTONIO II		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 9801-1537		e-mail:			
Ponto de referência: PROXIMO AO POSTO DE SAÚDE							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ANDREIA DA SILVA BERNARDINO				Fone: 9801-1537			
CPF do Responsável.: 068.717.009-51				Rg. 10.034.424-6			
Hipótese Diagnóstica: DPOC.							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade		Descrição: DPOC					
01 Concentrador O2							
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4L/MIN		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 14/10/2016		Horário da solicitação: 09:20		Requisitante: Secretaria Mul de Saúde			
				Nome: Marcelo Romão			
				Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: ROBERLANDIO SOUZA OLIVEIRA							
Idade: 33		Data de Nascimento: 12/07/1984					
RG: 12744873 07		CPF: 014.685.645-79					
Cartão SUS: 702 6052 6157 4442							
Endereço: RUA ETORE SOLDAN 307 FUNDOS					N.º 307		
Bairro: JARDIM PARAISO		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-3232-9469		e-mail:			
Ponto de referência: PERTO DA CHACARA DO RUBENS BORSARI							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: GEIZA PETROLINI				Fone: 44 32329469			
CPF do Responsável.: 167.219.068-13				Rg: 26.412.008-5			
Hipótese Diagnóstica: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO-AUTO							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO-AUTO COM TCE GRAVE E REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIENCIA.					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	4 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	4 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	(X)		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 11/08/17		Horário da solicitação: 09:20		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: PORFIRIA LEONEL DE SOUZA							
Idade: 91		Data de Nascimento: 18/08/1926					
RG: 5.349.669-5		CPF: 007.584.649-75					
Cartão SUS: 704 0068 9524 7367							
Endereço: RUA SIRIO LIBANES, 1347					N.º1347		
Bairro: CENTRO		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: 3014-5590		Cel.: 44-99836-6640		e-mail:			
Ponto de referência: PERTO DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS ZERO GRAU							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: CLEONICE CONCEIÇÃO DA SILVA BRITO				Fone: 44 99836-6640			
CPF do Responsável.: 811.367.659-72				Rg. 6.178.569-8			
Hipótese Diagnóstica: NEOPLASIA MALIGNA DE PULMÃO							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE NEOPLASIA MALIGNA DE PULMÃO E O PACIENTE COM MUITA FALTA DE AR.					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	5 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	8 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 28/08/17		Horário da solicitação: 16:20		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: MARIA APARECIDA MORTAES MORAIS						
Idade: 78		Data de Nascimento: 08/09/1936				
RG: 1.792.452		CPF: 389.611.729-72				
Cartão SUS: 700 0062 8282 8702						
Endereço: RUA JOSÉ FALASCHI,					N.º 7	
Bairro: CONJ. MVA II		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone: 3232-3494		Cel.: 9814-2841		e-mail:		
Ponto de referência: PRÓXIMO AO SALÃO COMUNITÁRIO DO JARDIM SALEM CHADE						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: TANIA MARIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA					Fone: 9909-1814	
CPF do Responsável: 773.256.69-04					Rg.	
Hipótese Diagnóstica:						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade		Descrição: DPOC GRAVE + ICC				
01 CILINDRO O2						
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: _		Horário da solicitação:		Requisitante: Nome: ___ Telefone () _		

Endereço: RUA GERTRUDE HECK FRITZEN, 249
JARDIM BERTIOGA - Maringa - PR - 87055-406
CNPJ : 00.331.788/0041-06

DATA DE EMISSÃO: 25/06/2018 DOCTO: 0001720
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 25/07/2018

LOCATÁRIO: 438668 MUNICIPIO DE MARIALVA
ENDEREÇO: RUA SANTA EFIGENIA, 680
CENTRO - MARIALVA - PR - Insc.Est.: ISENT0
CEP: 86990-000 - CNPJ/CPF : 76.282.680/0001-45

Quantidade	Referência	Descrição	Unid.	Unitário	
				Unitário	TOTAL
2	895867	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA N	315 ✓	315,00	630,00
3	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	315	315,00	945,00
12	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	315	315,00	3.780,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	315	315,00	315,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	315	315,00	315,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:

☐ CONVITE

☐ TOMADA DE PREÇO

☐ CONCORRÊNCIA

☒ PREGÃO C. 283

☐ DISPENSA

☐ INEXIGIBILIDADE

Nº 93 DE 26/09/17

Day

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

MUNICIPIO DE MARIALVA 37-037.197-84-87 PERIODO FAT 01/05/18 A 30/05/18
empenho 6869/2018
Caso necessite de 2ª via de boleto entrar em contato com a central de cobrança pelos telefones:
(11) 2915-4800 ou 0800-771-6686 opção 4 Cobrança.

TOTAL DESTA NOTA

R\$ 5.985,00



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 013371- PAB SUS - FIXO

Lote nº: 154/2018

Data : 13/07/2018

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 5.985,00

Nº Autenticação: ADD68E04F2FDB73E