



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: 10565 / 2018

Ordinário

Data: 28/09/2018

Página 1 / 2

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: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

Reduzido: 1140

F. de Recurso: 31494 BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públ 31494

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 10719

Nº Convênio: /

Dotação Inicial

0,00

Saldo Anterior

137.983,69

Valor

3.289,00

Saldo Atual

134.694,69

HISTÓRICO: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde. Atenção básica - Fonte 31494 - C/C 624.016-4

ITEM QTD UN ESPECIFICAÇÃO

VLR. UNITÁRIO

VLR. TOTAL

1 23,00 UNII

LOCAÇÃO MENSAL. CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³ :

143,00

3.289,00

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 DEFEITOS 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 OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO.

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.289,00

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

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

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

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: 10565 / 2018 Ordinário Data: 28/09/2018 Página 2 / 2

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: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

F. de Recurso: 31494 BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públ 31494

Reduzido: 1140

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 10719

Nº Convênio:/

Dotação Inicial
0,00

Saldo Anterior
137.983,69

Valor
3.289,00

Saldo Atual
134.694,69

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

SENDO CILINDRO COM AUTONOMIA DE 08 (OITO) HORAS POR
RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400
WATTS.

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.289,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

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: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA
C.N.P.J.: 00.331.788/0041-06

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2018****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****11326 / 2018****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 24/09/2018****Página 1 / 2****Fornecedor:** 101816 - AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**CNPJ:** 00.331.788/0041-06**Insc. Estadual:****Endereço:** RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249**Bairro:** JARDIM BERTIOGA **Cidade:** MARINGA - PR**CEP:** 87.055-406**Telefone:** 44-3266-6150

Orgão: 07	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Processo:	/
Unid. Orçamentária: 07.002.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Modalidade:	Pregão
Função: 10	Saúde	Nº Licitação:	37 / 2018
Sub Função: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Nº Contrato:	110 / 2018
Programa: 0008	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	Termínio:	19/06/2019
Projeto/Atividade: 2052	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Data Publicação:	21/06/2018
Nat. da Despesa: 3.3.90.39.	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Homologação:	19/06/2018
Desdobramento: 12	LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	ID Contrato:	2018110
SubDesdobramento: 00		Subvenção:	/
Fonte de Recurso: 31494	BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Sa	Cód. do Bem:	
Recurso:	Próprio		
Contrapartida:	Não	Reduzido: 1140	Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde. Atenção básica - Fonte 31494 - C/C 624.016-4**PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA:** 1 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	104205	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³: 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 DEFEITOS 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 OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO, SENDO CILINDRO COM AUTONOMIA DE 08 (OITO) HORAS POR RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400 WATTS.	PHILIPS	UNID.	23,00	143,0000	3.289,00

Total: 3.289,00



PREFEITURA DE MARIALVA

CNPJ: 76282680000145

Paraná

Exercício: 2018

SOLICITAÇÃO DE DESPESA

11326 / 2018

Espécie: Ordinário

Data de Emissão: 24/09/2018

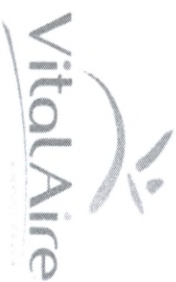
Página 2 / 2

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

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

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração



VitalAire - Relatório de Faturamento

Contratante: 438668
Nome Contratante: MUNICIPIO DE MARIALVA

Total Pacientes: 23
Dt.Fatur.: 31/07/2018

Paciente Nome							
591911 BENEDITA NERCIZO PELISSARI							
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil			
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000			
Paciente Nome							
591529 BENEDITO ALVES GOULART							
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil			
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000			
Paciente Nome							
528882 BRAZ BURANELLO							
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil			
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBU 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000			
Paciente Nome							
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL							
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil			
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000			
Paciente Nome							

511960	CARSLOS EDENEI TEIXEIRA						
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil		
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000		

Paciente	Nome						
480491	ELVIA GORRAO CHINEN						
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil		
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000		

Paciente	Nome						
587206	ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA						
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil		
895868	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERFLO 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000		

Paciente	Nome						
590333	EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS						
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil		
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000		

Paciente	Nome						
567081	ILMA ROCHA BRUNA						
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil		
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000		

Paciente	Nome						
582584	IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA						
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil		
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000		

Paciente Nome

550853 JOÃO BATISTA CAMPOS					
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000
Paciente Nome					
566448 JOÃO MARCHIORI SOBRINHO					
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000
Paciente Nome					
551243 JOSÉ CARRARI					
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000
Paciente Nome					
595905 MARIA ANGELA PINTO					
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 29/06/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000
Paciente Nome					
457225 MARIA DE FATIMA DAS NEVES					
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000
Paciente Nome					
544327 MARIA DO CARMO CORREIA					
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBU 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000
Paciente Nome					

474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA									
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000					
Paciente Nome									
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS									
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil					
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBU 18/06/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000					
Paciente Nome									
553291 PEDRO TEODORO DA SILVA									
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	29/06/2018		143,0000	1,0000					
Paciente Nome									
570577 RAUL CARVALHO VICENTE									
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000					
Paciente Nome									
569934 SATURNINO LANZA									
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil					
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000					
Paciente Nome									
573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES									
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000					
Paciente Nome									

528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO

Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC31/05/2018	30/06/2018		143,0000	1,0000

RESUMO DO FATURAMENTO

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locaçã	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBU3	429		429,00
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERFLO 1	143		143,00
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V 3	429		429,00
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC16	2288		2.288,00
TOTAL			3.289,00
TOTAL PACIE			23,00

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marília - PR



VitalAire - Relatório de Faturamento

Contratante: 438668
Nome Contratante: MUNICIPIO DE MARIALVA

Total Pacientes: 23
Dt.Fatur.: 31/07/2018
Data Corte: 30/06/2018
Tot.Faturamento: 3.289,0000

Paciente Nome	591911 BENEDITA NERCIZO PELISSARI								
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC(31/05/2018	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil	Qtd M3	Valor Total Loc.		
				143,0000	1,0000	0,0000	143,0000		
	TOTAL						143,0000		
Paciente Nome	591529 BENEDITO ALVES GOULART								
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC(31/05/2018	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil	Qtd M3	Valor Total Loc.		
				143,0000	1,0000	0,0000	143,0000		
	TOTAL						143,0000		
Paciente Nome	528882 BRAZ BURANELLO								
Produto Descrição	895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBI 31/05/2018	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil	Qtd M3	Valor Total Loc.		
				143,0000	1,0000	0,0000	143,0000		
	TOTAL						143,0000		
Paciente Nome	460823 CAMILA PEREIRA AMARAL								
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC(31/05/2018	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil	Qtd M3	Valor Total Loc.		
				143,0000	1,0000	0,0000	143,0000		
	TOTAL						143,0000		
Paciente Nome	511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA								
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC(31/05/2018	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil	Qtd M3	Valor Total Loc.		
				143,0000	1,0000	0,0000	143,0000		
	TOTAL						143,0000		
Paciente Nome	480491 ELVIA GORRAO CHINEN								
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC(31/05/2018	Data Inicio	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtd Eqp/Cil	Qtd M3	Valor Total Loc.		
				143,0000	1,0000	0,0000	143,0000		
	TOTAL						143,0000		

Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC	29/06/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
457225 MARIA DE FATIMA DAS NEVES						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
544327 MARIA DO CARMO CORREIA						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBI	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBI	18/06/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
553291 PEDRO TEODORO DA SILVA						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC	31/05/2018	29/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
570577 RAUL CARVALHO VICENTE						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000
TOTAL						143,0000
Paciente Nome						
569934 SATURNINO LANZA						
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Valor Unt. Loc.	Qtid Eqp/Cil	Qtid M3	Valor Total Loc.
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	31/05/2018	30/06/2018	143,0000	1,0000	0,0000	143,0000

Paciente Nome

573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES

Produto Descrição

Data Início

Data Final

Valor Unt. Loc.

Qtd Eqp/Cil

Qtd M3

Valor Total Loc.

896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018

30/06/2018

143,0000

1,0000

0,0000

143,0000

Paciente Nome

528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO

Produto Descrição

Data Início

Data Final

Valor Unt. Loc.

Qtd Eqp/Cil

Qtd M3

Valor Total Loc.

896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 31/05/2018

30/06/2018

143,0000

1,0000

0,0000

143,0000

RESUMO DO FATURAMENTO

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBU 3	429	429	429,0000
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERFLO 1	143	143	143,0000
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V 3	429	429	429,0000
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLC 16	2288	2288	2,288,0000
TOTAL			21,307,0000
TOTAL PACIE			23,0000

R\$ 3.228,00



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: BENEDITA NERCIZO PELISSARI

Idade: 70

Data de Nascimento: 05/01/1948

RG:

CPF: 717.025.898-34

Cartão SUS: 898 0010 4828 4532

Endereço: RUA DOS CURIOS

N.º 866

Bairro: CONJUNTO JOÃO DE BARRO

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone: -

Cel.: 44-99813-8873

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO A ANTENA DA RÁDIO

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: MARIA EUGENIA PELISSARI MACHADO

Fone: 44-99813-8873

CPF do Responsável.: 029.246.819-95

Rg. 7.380.035-8

Hipótese Diagnóstica: 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:	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: 21/05/18

Horário da solicitação: 10:55

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: 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 Diagnostica:

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 / 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		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: ELZA CAMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA							
Idade: 87		Data de Nascimento: 29/01/1931					
RG: 6.471.429-5		CPF: 045.504.889-48					
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566							
Endereço: RUA NELSON CAMPANTE					N.º 1360		
Bairro: JARDIM PLANALTO		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99916-1951		e-mail:			
Ponto de referência: ESQUINA PRA BAIXO O MERCADO MARI MASSAS							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: INES CORCOVIA				Fone: 44-32324381			
CPF do Responsável: 091.178.414-45				Rg. 13.776.451-2			
Hipótese Diagnostica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE					
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:	3 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	3 L/min		
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: 12/04/18		Horário da solicitação: 10:05		Requisitante: Secretária 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: 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 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:	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 Diagnóstica: 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:		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: 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 PEDRO DOS SANTOS							
Idade: 82		Data de Nascimento: 23/06/1935					
RG: 3.721.709-4		CPF: 361.964.368-72					
Cartão SUS: 704 0068 9524 7367							
Endereço: RUA JOÃO MARCHIORI					N.º64		
Bairro: CONJUNTO JOÃO OLÍMPIO DA ROCHA		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: 3232-4944		Cel.: 44-99835-4250		e-mail:			
Ponto de referência: PERTO DA CONGREGAÇÃO CRISTÃO							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: DELMA MARIA DOS SANTOS				Fone: 44 99835-4250			
CPF do Responsável.: 094.048.748-92				Rg. 19.483.895-X			
Hipótese Diagnóstica: CARDIOPATA, PNEUMOPATA							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE CARDIOPATA, PNEUMOPATA EM USO DE MARCAPASS, DISPNÉIA					
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	12 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: 11/09/17		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 Diagnostica: 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: Secretária 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 ANGELA PINTO						
Idade: 86		Data de Nascimento: 10/08/1931				
RG: 3.471.508-4		CPF: 529.066.129-87				
Cartão SUS: 706 0083 5†08 6320						
Endereço: RUA JOÃO PASCHOINI					N.º 420	
Bairro: JARDIM SÃO PEDRO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone: -		Cel.: 44-99945-4441		e-mail:		
Ponto de referência: PRÓXIMO AO CONDOMINIO BELLA VISTA						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: APARECIDO SAVEDA				Fone: 44-99945-4441		
CPF do Responsável.: 449.297.229-34				Rg. 3525913-9		
Hipótese Diagnóstica: DPOC GRAVE						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE APÓS EXARCEBAÇÃO MATENDO HIPOXEMIA				
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:	1 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/MIN	Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5 L/MIN	
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS	
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: 27/06/18		Horário da solicitação: 13:45		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

Descrição: DPOC GRAVE COM 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:	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: última 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 Diagnóstica: DPOC GRAVE

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC GRAVE COM 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:	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:		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: 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: MILEIDE MARTINS DOS SANTOS							
Idade: 62		Data de Nascimento: 15/08/1955					
RG: 5.293.226-2		CPF: 031.494.869-47					
Cartão SUS: 706 5083 6634 2394							
Endereço: RUA RIKISABURO ITO					N.º 171		
Bairro: JARDIM INTERCLUBE		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99928-7073		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO ACEM							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ITAMAR CASSIO MARTINS DOS SANTOS				Fone: 44-99917-4752			
CPF do Responsável.: 029.246.819-95				Rg. 7.380.035-8			
Hipótese Diagnóstica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE HIPOXÊMIA COM DISPNEIA NO ESFORÇO					
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	CONTINUO		
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: 08/06/18		Horário da solicitação: 08:37		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: 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 SIRIO LIBANES					N.º 1418		
Bairro: JD DOS NOBRES		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: 44 3232-3363 *		Cel.: 44-99958-9102		e-mail:			
Ponto de referência: PROXIMO AO ZERO GRAU							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente:				Fone:			
CPF do Responsável.:				Rg.			
Hipótese Diagnóstica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: ASMA					
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 Diagnóstica: 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: 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 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC SOLICITO OXIGÊNIO DOMICILIAR NA CRISE DE DISPNEIA					
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: 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 Diagnóstica: DPOC GRAVE							
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:		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: 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 0071 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 Diagnostica: 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
------------------	-------------------------------	---

VitalAire

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

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DATA DE EMISSÃO: 30/10/2018 DOCTO: 0001835
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 58 - 28 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 27/11/2018

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
23	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	3.289,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:

☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREGÃO C. 130/18
☐ DISPENSA
☐ INEXIGIBILIDADE

Nº 3218 DE 19/06/18

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

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

CÓDIGO DO CLIENTE: 438668 - REFATURAMENTO DA NF 1761.

Condição de Pagamento: 58 - 28 DIAS DA DATA LOCAL DE ENTREGA: RUA SANTA EFIGENIA, 680 - CENTRO -
86990000 - MARIALVA - PR Caso necessite de 2 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\$

3.289,00



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 1267-7

Conta : 624016- BB/C.C. 624016-4 - - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Lote nº: 247/2018

Data : 09/11/2018

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 3.289,00

NºAutenticação: B20F2155ABC12A5B