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: 11121 / 2018 **Ordinário** **Data:** 23/10/2018 **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.....: 11284

Nº Convênio:/

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
0,00	120.936,69	3.575,00	117.361,69

HISTÓRICO: Aquisição de locação de concentrador de O2, destinados aos pacientes da Atenção Básica. Fonte 31494 - C/C 624.016-4

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	25,00	UNII	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,	143,00	3.575,00

Local de Entrega **Total Retenções:** 0,00 **Total Liq. Empenho:** 3.575,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

PAGAMENTO **ORDEM DE PAGAMENTO**

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

Marialva, de de

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

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

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: 11121 / 2018 **Ordinário** **Data:** 23/10/2018 **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.....: 11284

Nº Convênio:/

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
0,00	120.936,69	3.575,00	117.361,69

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:** **3.575,00**

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

PAGAMENTO **ORDEM DE PAGAMENTO**

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

Marialva, de de

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

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 — 12291 / 2018

Espécie: Ordinário **Data de Emissão: 17/10/2018** observação **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

Órgão: 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	Termíno:	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: Aquisição de locação de concentrador de O2, destinados aos pacientes da 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.	25,00	143,0000	3.575,00

Total: **3.575,00**

PREFEITURA DE MARIALVA

CNPJ: 76282680000145

Paraná

Exercício: 2018

SOLICITAÇÃO DE DESPESA	**12291 / 2018**

Espécie: Ordinário **Data de Emissão: 17/10/2018** **Página 2 / 2**

observaçe

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

Marcelo Romão Responsável pela Elaboração	José 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 LIQ
438668	MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/08/2018 a 31/08/2018	3.575,00		3575,00000

Paciente	Nome
591911	BENEDITA NERCIZO PELISSARI

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
591529	BENEDITO ALVES GOULART

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	17768
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
528882	BRAZ BURANELLO

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	14529
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
460823	CAMILA PEREIRA AMARAL

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
511960	CARSLOS EDENEI TEIXEIRA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	12803
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
480491	ELVIA GORRAO CHINEN

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	5924
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
587206	ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
895868	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI -	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
590333	EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
599701	FRANCISCA MAGALI XAVIER DA SILVA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	22/08/2018	31/08/2018	9	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
567081	ILMA ROCHA BRUNA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
582584	IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente	Nome
550853	JOÃO BATISTA CAMPOS

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
566448 JOÃO MARCHIORI SOBRINHO

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
551243 JOSÉ CARRARI

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
595905 MARIA ANGELA PINTO

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
457225 MARIA DE FATIMA DAS NEVES

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
544327 MARIA DO CARMO CORREIA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
600428 OSVALDO GONÇALVES DOS SANTOS

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	07/08/2018	31/08/2018	24	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
570577 RAUL CARVALHO VICENTE

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	16680
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
569934 SATURNINO LANZA

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome
596644 SILVIA MARIA LOPES CANCADO

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome

573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000		580002
										TOTAL	143,0000		

Paciente Nome

528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Vl. Unit Cota	l. Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil	Vl. Total Cota	Vl. Total Taxa	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/08/2018	31/08/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	14511
										TOTAL	143,0000		

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

Resumo do Faturamento

Produto	Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	3	143	429
895868	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI -	1	143	143
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	3	143	429
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	18	143	2.574,00
			TOTAL	**3.575,00**
			TOTAL PACIENTES	**25**

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

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 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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 Diagnostica: DPOC + CA DE PULMÃO + ICC		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC + CA DE PULMÃO + IC – USO CONTÍNUO
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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 Diagnostica: DPOC GRAVE	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO, CATETER NASAL
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Concentrador de O2			
		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	Descrição: ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO EVOLUTIVA P91.6 PENUMOPATIA CRÔNICA P27.1
02 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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 Diagnostica: 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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Concentrador de O2			
		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 Diagnostica:	

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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Concentrador de O2			
		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	Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data:12/04/18	Horário da solicitação: 10:05	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: 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 Diagnostica: SÍNDROME EDWARDS		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: SÍNDROME EDWARDS, TRAQUEOSTOMIZADA E GASTROSTOMIA
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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: FRANCISCA MAGALI XAVIER DA SILVA			
Idade: 73	Data de Nascimento: 08/12/1944		
RG: 4.735.677-6	CPF: 634.286.799-20		
Cartão SUS: 706 5083 1691 0690			
Endereço: RUA AGOSTINHO JOAQUIM DE SOUZA,			N.º 2149
Bairro; JARDIM PLANALTO	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA	
Telefone: -999141723	Cel.: 99915-2489	e-mail:	
Ponto de referência: PRÓXIMO A IGREJA CATÓLICA DO BAIRRO			
Local de entrega: RESIDENCIA			
Em caso de emergência/contato:			
Responsável pelo paciente: GABRIEL SILVA		Fone: 99915-2489	
CPF do Responsável.: 016.548.599-07		Rg. 6341238-4	
Hipótese Diagnostica: FIBROSE PULMONAR			

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: PACIENTE COM PNEUMONIA IDIOPÁTICA + FIBROSE PULMONAR
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	**24 HORAS**		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		**Cilindro de O2**			
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data:21/08/18	Horário da solicitação: 09:40	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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	Descrição: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA
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:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	16H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 Diagnostica: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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	Descrição: DPOC E ASMA SENTI MTA FALTA DE AR NO PERÍODO NOTURNO
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 ANGELA PINTO		
Idade: 86	Data de Nascimento: 10/08/1931	
RG: 3.471.508-4	CPF: 529.066.129-87	
Cartão SUS: 706 0083 5108 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 Responsá /el.: 449.297.229-34		Rg. 3525913-9
Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC GRAVE APÓS EXARCEBAÇÃO MATENDO HIPOXEMIA
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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.°
Bairro; SITIO 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	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 Diagnostica:		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: ENFISEMA PULMONAR
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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 Diagnostica: DPOC	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC GRAVE HIPOXÊMIA COM DISPNEIA NO ESFORÇO
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	CONTINUO		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: OSVALDO GONÇALVES DOS SANTOS

Idade: 52	Data de Nascimento: 23/09/1965	
RG: 4.485.236-5	CPF: 563.860.879-68	
Cartão SUS: 706 5083 1691 0690		
Endereço: RuA LAZARO LEMUCH		N.º 70
Bairro; CONJ ANTONIO GARCIA SANCHES	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone: -999141723	Cel.: 99915-2489	e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR DO DODÔ

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: DALVA APARECIDA DE ARAUJO RIBEIRO	Fone: 99915-2489
CPF do Responsável.: 903.698.159-04	Rg. 5.069.800-9
Hipótese Diagnostica: PONTE SAFENA	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: PACIENTE REALIZOU CATETERISMO E PONTE SAFENA
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	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data:06/08/18	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: 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	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:	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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		**Cilindro de O2**			
		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: SILVIA MARIA LOPES CANÇADO

Idade: 59	Data de Nascimento: 02/01/1959	
RG: 12.487.538-2	CPF: 081.786.789-93	
Cartão SUS: 705 0016 3715 6850		
Endereço: ALAMEDA GUILERME DE POLLI		N.º 179
Bairro; CENTRO	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone:	Cel.: 999013344	e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO A PREFEITURA

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: ROSALBA LOPES CANÇADO	Fone: 999013344
CPF do Responsável.: 848.719.549-00	Rg. 3.839.770-2
Hipótese Diagnostica: TROMBOEMBOLISMO	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, ASSOCIADO A LUPUS E ESCLERODERMIA
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	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data:04/07/18	Horário da solicitação: 16:30	Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão

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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		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 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:		Oximetro:	
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 Corrente Alvo:		Concentrador de O2			
		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: 0001836
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.: ISENTO
CEP: 86990-000 - CNPJ/CPF : 76.282.680/0001-45

Quantidade	Referência	Descrição	Unid.	Unitário	
				Unitário	TOTAL
25	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	3.575,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:
☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREGÃO C. 130/18
☐ DISPENSA
☐ INEXIGIBILIDADE
Nº 37/18 DE 19/06/18

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

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

CÓDIGO DO CLIENTE: 438668 - EMPENHO 11121/2018. (refaturamento da NF 1783)
Condicao 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$ 3.575,00

BANCO DO BRASIL

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: **3.575,00**

NºAutenticação: **5729C40A41769BF4**