



# 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: 9717 / 2018 Ordinário Data: 05/09/2018 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.....: 9863  
Nº Convênio: /

Dotação Inicial 0,00	Saldo Anterior 202.205,76	Valor 3.575,00	Saldo Atual 198.630,76
-------------------------	------------------------------	-------------------	---------------------------

HISTÓRICO: Locação de concentrador de O2, destinados a pacientes acamados 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

### 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

### 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

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: 9717 / 2018 Ordinário Data: 05/09/2018 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

<b>Orgão:</b> 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE <b>Unidade:</b> 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS <b>Prog. Trabalho:</b> 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL <b>Elemento Desp.:</b> 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA <b>F. de Recurso:</b> 31494 BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públ 31494 <b>Reduzido:</b> 1140 <b>Desdobramento:</b> 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	<b>Tipo de Licitação:</b> Pregão <b>Nº Licitação.....:</b> 37/2018 <b>Nº NAD.....:</b> 9863 <b>Nº Convênio: /</b>
--	---

<b>Dotação Inicial</b> 0,00	<b>Saldo Anterior</b> 202.205,76	<b>Valor</b> 3.575,00	<b>Saldo Atual</b> 198.630,76
--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------

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	<b>Total Retenções:</b>	<b>0,00</b>	<b>Total Liq. Empenho:</b>	<b>3.575,00</b>
------------------	-------------------------	-------------	----------------------------	-----------------

Empenhado por:  Paulo César Mori	<b>Autorizo a Despesa Acima Discriminada</b>  Marialva, de de
--	---

<b>PAGAMENTO</b> <b>ORDEM DE PAGAMENTO</b> Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.  Marialva, de de	<b>VICTOR CELSO MARTINI</b> Prefeito Municipal
--	---

<b>ELTON JONES CAPARROZ</b> Contador CRC/PR Nº 050753/O	<b>BRUNO COSTA DE OLIVEIRA</b> Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8
--	--

Banco	<b>RECIBO</b> Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.  Marialva, de de
-------	---

Nº da Conta	<b>Credor:</b> AIR LIQUIDE BRASIL LTDA
Nº do Cheque	<b>C.N.P.J.:</b> 00.331.788/0041-06

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2018****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****10814 / 2018****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 04/09/2018****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**

<b>Órgão: 07</b>	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	<b>Processo:</b>	72 / 2017
<b>Unid. Orçamentária: 07.002.</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	<b>Modalidade:</b>	Pregão
<b>Função: 19</b>	Saúde	<b>Nº Licitação:</b>	37 / 2018
<b>Sub Função: 302</b>	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	<b>Nº Contrato:</b>	110 / 2018
<b>Programa: 0008</b>	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	<b>Termo:</b>	19/06/2019
<b>Projeto/Atividade: 2052</b>	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	<b>Data Publicação:</b>	21/06/2018
<b>Nat. da Despesa: 3.3.90.30.</b>	MATERIAL DE CONSUMO	<b>Homologação:</b>	19/06/2018
<b>Desdobramento: 04</b>	GÁS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS	<b>ID Contrato:</b>	2018110
<b>SubDesdobramento: 00</b>		<b>Subvenção:</b>	/
<b>Fonte de Recurso: 31494</b>	BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Sa	<b>Cód. do Bem:</b>	
<b>Recurso:</b>	Próprio		
<b>Contrapartida:</b>	Não	<b>Reduzido: 1138</b>	<b>Convênio Nº.: /</b>

**JUSTIFICATIVA:** Locação de concentrador de O2, destinados a pacientes acamados 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 DEFETOS 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**

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)	TOTAL LIQ								
438689 MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/07/2018 a 31/07/2018	3.447,79		3447,79000								
<b>Paciente Nome</b>													
591911 BENEDITA NERCIZO PELISSARI													
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
591529 BENEDITO ALVES GOULART		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
528882 BRAZ BURANELLO		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	17768
<b>Produto Descrição</b>													
895887 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	14529
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
480491 ELVIA GORRAO CHINEN		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	12803
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
587206 ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVA		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	5924
<b>Produto Descrição</b>													
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
590333 EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
598984 ENAURA DE SOUZA COSTA		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
894692 REGULADOR SELETAFLO HP OXIGENIO 15L 9'													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
567081 LIMA ROCHA BRUNA		01/07/2018	31/07/2018	5	15,78890	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	15,7889	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													
Paciente Nome		Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil	VI. Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
550853 JOÃO BATISTA CAMPOS		01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	580002
<b>Produto Descrição</b>													
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI													

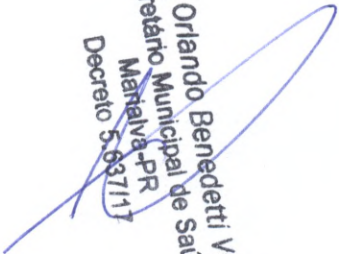
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Equip/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa
Paciente Nome												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
551243 JOSE CARRARI												
Paciente Nome												
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
551243 JOSE CARRARI												
Paciente Nome												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
595905 MARIA ANGELA PINTO												
Paciente Nome												
457225 MARIA DE FATIMA DAS NEVES	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
544327 MARIA DO CARMO CORREIA												
Paciente Nome												
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
598656 MARIA FATIMA MERTES MORESCO												
Paciente Nome												
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	24/07/2018	30/07/2018	7	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA												
Paciente Nome												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS												
Paciente Nome												
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS												
Paciente Nome												
570577 RAUL CARVALHO VICENTE	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
569934 SATURNINO LANZA												
Paciente Nome												
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
596644 SILVIA MARIA LOPES CANCELADO												
Paciente Nome												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	06/07/2018	31/07/2018	25	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	06/07/2018	31/07/2018	25	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002	580002
Produto Descrição												
Paciente Nome												

573722	SOFLA MARA SANCHES PEDRO PIRES																			
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit	VI. Unit	Cota I.	Unit	Taxa	Qtd	Eqp/Cil	VI. Total	Cota VI.	Total	Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa		
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	1,00000	1,00000	0	0	0	0	143,0000	580002				
Paciente Nome																				
528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO																				
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	01/07/2018	31/07/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	1,00000	1,00000	0	0	0	0	143,0000	300	14511			
TOTAL																				
															143,0000					

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

**Resumo do Faturamento**

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
894692 REGULADOR SELECTAFLO HP OXIGENIO 15L 9/	1	15,7889	15,7889
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	4	143	572
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	16	143	2.288,00
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>3.447,79</b>	<b>3.447,79</b>
<b>TOTAL PACIENTES</b>	<b>25</b>		

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



## SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
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							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade		Descrição: DPOC					
01 CONCENTRADOR DE O2							
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
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	<b>Cilindro de O2</b>				
		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	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
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							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC + CA DE PULMÃO + IC – USO CONTÍNUO					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
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		<b>Cilindro de O2</b>			
		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		



**PREFEITURA DE MARIALVA**

**CNPJ: 76282680000145**

**Paraná**

**Exercício: 2018**

**SOLICITAÇÃO DE DESPESA**

**10814 / 2018**

**Espécie: Ordinário**

**Data de Emissão: 04/09/2018**

**Página 2 / 2**

*observaç*

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



## 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:		Usó: 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		<b>Concentrador de O2</b>			
		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
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>						
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.						
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>						
Quantidade		Descrição: macronebulização contínua pela traqueostomia.				
01 Concentrador O2						
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico						
Motivo da retirada:						
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )						
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>
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		<b>Concentrador de O2</b>		
		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 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:		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		RAMP:		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	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
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							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
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 Corrente Alvo:		<b>Cilindro de O2</b>			
		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 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	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
Nome do Paciente: ENAURA DE SOUZA COSTA							
Idade: 82			Data de Nascimento: 03/02/1936				
RG: 3.282.223-0			CPF: 602.728.139-15				
Cartão SUS: 706 2075 4308 5862							
Endereço: RUA ANTONIO SIMOES DA SILVA					N.º 214		
Bairro: VILA MESSIAS			CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA		
Telefone: 3232-3657		Cel.: 99937-3087		e-mail:			
Ponto de referência:							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: DALVA APARECIDA DE ARAUJO RIBEIRO				Fone: 99738-8094			
CPF do Responsável.: 5.496.362-9				Rg. 711.442.269-53			
Hipótese Diagnostica: AVC							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: AVC					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	1 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:		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: 25/07/18		Horário da solicitação: 17:00		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: 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 Diagnostica: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

### Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade: 01 CONCENTRADOR DE O2  
 Descrição: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

### Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 05/05/17

Horário da solicitação: 09:11

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



## SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

### Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: JOÃO MARCHIORI SOBRINHO

Idade: 75

Data de Nascimento: 01/03/1942

RG: 3.461.732-5

CPF: 046.492.149-04

Cartão SUS: 705 6004 3200 2812

Endereço: RUA JOÃO SIMÕES DA SILVA

N.º 182

Bairro: JARDIM PARAISO

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99824-7293

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR (ULTIMO GOLE)

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente:

Fone: 44 99824-7293

CPF do Responsável.: 863.378.159-04

Rg. 4.304.366-8

Hipótese Diagnóstica: DPOC E ASMA

### Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade  
01 CONCENTRADOR  
DE O2

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

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

### Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 12/09/17

Horário da solicitação: 14:10

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



## SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

### Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: JOSÉ CARRARI

Idade: 90 Data de Nascimento: 29/03/1927

RG: 594666 CPF: 087.969.639-72

Cartão SUS: 704 8050 6819 2449

Endereço: RUA JOSÉ VOLPATO N.º 415

Bairro: CONJUNTO MARIALVA II CEP: 86990-000 Cidade: MARIALVA

Telefone: Cel.: 44-99935-4868 e-mail:

Ponto de referência: PROXIMO A SORVETERIA

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: CLAUDINETE DE FATIMA CARRARO GOLINE Fone: 99935-4868

CPF do Responsável.: 042.871.259-24 Rg.

Hipótese 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: 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 Responsável.: 449.297.229-34 Rg. 3525913-9

Hipótese Diagnostica: 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: 01 CONCENTRADOR DE O2  
Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

## Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 14/12/16

Horário da solicitação: 10:15

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





## SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
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: 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							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
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		<b>Cilindro de O2</b>			
		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 FATIMA MERTES MORESCO	
Idade: 67	Data de Nascimento: 25/10/1950
RG: 1.388.427-7	CPF: 424.540.779-49
Cartão SUS: 705 0016 3715 6850	
Endereço: RUA CARLOS BETINELLI N.º 269	
Bairro; CENTRO	CEP: 86990-000 Cidade/ MARIALVA
Telefone:	Cel.: 99738-8094 e-mail:
Ponto de referência: PRÓXIMO A PISTA DE CAMINHADA	
Local de entrega: RESIDENCIA	
Em caso de emergência/contato:	
Responsável pelo paciente: GISLAINE ADRIANA MORESCO	Fone: 99738-8094
CPF do Responsável.: 005.117.519-31	Rg. 8.055.669-1
Hipótese Diagnostica: NEOPLASIA PULMONAR	

### Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: NEOPLASIA PULMONAR, METASTASES HEPÁTICAS
--	---

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 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: 24/07/18

Horário da solicitação: 08:30

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: 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 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 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:		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: RAUL CARVALHO VICENTE

Idade: 72

RG: 593576-8

Data de Nascimento: 18/08/1945

CPF: 204.902.839-34

Cartão SUS: 701 2080 2991 9310

Endereço: RUA FORMOSA

N.º 1220

Bairro: VILA BRASIL

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99969-0370

e-mail:

Ponto de referência: AO LADO DA PADARIA ESQUINA A CASA DA CULTURA

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: FATIMA SEVERIANO VICENTE

Fone: 44-99969-0370

CPF do Responsável.: 911.252.869-20

Rg. 5.391.088-2

Hipótese Diagnostica: DPOC

## Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade  
01 CONCENTRADOR  
DE O2

Descrição: DPOC MTA FALTA DE AR

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

## Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 19/10/17

Horário da solicitação: 15:10

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



## SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
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							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC MTA FALTA DE AR					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
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 Corrente Alvo:		<b>Cilindro de O2</b>			
		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	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
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							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, ASSOCIADO A LUPUS E ESCLERODERMIA					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
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:		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		<b>Cilindro de O2</b>			
		Corrente Alvo:					
		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 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:	Pressão:
VC	VC	Fluxo durante o Sono:	Rampa:
FR:	IPAP:	Fluxo aos esforços:	
Pressão:	IPAP MAX:	Uso: horas/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: 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	
<b>Dados Cadastrais do Paciente</b>							
Nome do Paciente: VICENTINA DA SILVA BERNARDINO							
Idade: 70			Data de Nascimento: 30/03/1946				
RG: 6.394.302-9			CPF: 009.602.708-84				
Cartão SUS: 706 8071 6276 7830							
Endereço: Rua DOLORES MARIA DA SILVA					N.º 66		
Bairro: VILA ANTONIO II			CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 9801-1537		e-mail:			
Ponto de referência: PROXIMO AO POSTO DE SAÚDE							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ANDREIA DA SILVA BERNARDINO				Fone: 9801-1537			
CPF do Responsável.: 068.717.009-51				Rg. 10.034.424-6			
Hipótese Diagnóstica: DPOC.							
<b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b>							
Quantidade		Descrição: DPOC					
01 Concentrador O2							
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico							
Motivo da retirada:							
<b>Dados da Prescrição Médica:</b>							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( X ) 220V ( )							
<b>VENTILADOR</b>		<b>BILEVEL</b>		<b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b>		<b>CPAP</b>	
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		<b>Concentrador de O2</b>			
		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		

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

DATA DE EMISSÃO: 25/09/2018 DOCTO: 0001802  
 VENDEDOR: 58001 Igor Santetti  
 COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA  
 VENCIMENTO: 25/10/2018

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
3	895867	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA N	143	143,00	429,00
1	895868	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERF	143	143,00	143,00
3	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	429,00
16	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2.288,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	143,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	143,00

**AQUISIÇÃO - de acordo com:**  
 CONVITE  
 TOMADA DE PREÇO  
 CONCORRÊNCIA  
 PREGÃO C. 110  
 DISPENSA  
 INEXIGIBILIDADE  
 Nº 87 DE 19/06/18  
 Day

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

Marcelo A. Romão  
 Gerente de Auditoria  
 Marialva - PR

MUNICIPIO DE MARIALVA 37-037.197-84-87 PERIODO FAT 01/08/18 A 31/08/18  
 Empenho nº 9717/2018  
 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



**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: 224/2018**

**Data : 11/10/2018**

**Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**

**Banco: 341 BANCO ITAU S.A.**

**Agência: 932-**

**Conta: 57512-9**

**Valor Pago: 3.575,00**

**NºAutenticação: 668CDD00E11A5B93**