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: 5514 / 2019 **Ordinário** **Data:** 18/06/2019 **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: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLICIA 01510

Reduzido: 447

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação: Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 5615

Nº Convênio:/

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
2.341.885,00	1.855.107,28	3.575,00	1.851.532,28

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

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: 15/03/2019 DOCTO: 0001986
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 14/04/2019

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
3	895867	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA N	143	143,00	429,00
2	895868	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERF	143	143,00	286,00
2	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	286,00
1	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	143,00
17	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2.431,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:
☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREGÃO
☐ DISPENSA C. 110
☐ INEXIGIBILIDADE
Nº 37118 DE / /

CANCELADA

José Orlando Benedetti Villa
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 01/02/19 A 28/02/19 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

PREFEITURA DE MARIALVA

Despesas Empenhadas

Empenho

Empenho: 5514/2019

Espécie: Ordinário

Data Emissão: 18/06/2019

Modalidade: Pregão

Nº Licitação: 37/2018

Nº Processo: 0/2019

Nº Contrato: 110/2018

Objeto do Contrato: Aquisição de cargas de nitrogênio líquido e locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde

Fornecedor

Nome: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

CNPJ/CPF: 00331788004106

Endereço: Comercial: RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249 - - CEP: 87055406 - MARINGA - PR

Programática

Programática: 07.002.10.302.0008.2.052.3.3.90.39.00.00.

Fonte de Recurso: 1510 - TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLÍCIA

Detalhes da Programática

Valores

Empenhado: 3.575,00

Anulado: 0,00

Liquidado: 0,00

Retido: 0,00

Valor Pago: 0,00

A Pagar: 3.575,00

Justificativa / Histórico

Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde para pacientes acamados em domicílio.

Data	Descrição	Nº Documento	Valor	Valor a Liquidar	Valor a Pagar
18/06/2019	Empenho	Emp: 5514	3.575,00	3.575,00	3.575,00

Sequencia	Especificação	Quantidade	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	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.	25,00	UNID.	143,00	3.575,00
		Total: 25,00		*Total:* 143,00	*Total:* 3.575,00

Não possui anulações.

Sem registros.

Sem registros.

Não possui pagamentos.

Seu 6123

Contratante Nome | Local Entrega | Período | TOTAL FAT | Desc(%)
438668 MUNICIPIO DE MARIALVA | 440083 - MARIALVAFUNI | 01/03/2019 a 31/03/2019 | 3.575,00

Paciente	Nome	Dt.Admissão
609910	ANA CAROLINA TREVIZZAN	07/11/2018

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
895868	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERFLO - RI	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
591911	BENEDITA NERCIZO PELISSARI	22/05/2018

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
591529	BENEDITO ALVES GOULART	29/05/2018

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000	300	17768	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
528882	BRAZ BURANELLO	24/10/2016

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBULIZ	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000	300	14529	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
460823	CAMILA PEREIRA AMARAL	24/03/2015

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
511960	CARSLOS EDENEI TEIXEIRA	09/06/2016

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000	300	12803	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
480491	ELVIA GORRAO CHINEN	01/09/2015

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000	300	5924	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
587206	ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA	16/04/2018

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
895868	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERFLO - RI	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
590333	EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS	07/05/2018

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
624007	EULIRIO ALVES DE OLIVEIRA	18/03/2019

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	18/03/2019	31/03/2019	13	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
582584	IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA	21/02/2018

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa	
[illegible]	CONCENTRADOR DE OXIGENI [illegible]	01/03/2019	[illegible]	30	143,00000	[illegible]	[illegible]		580002	OK

Paciente	Nome	Dt.Admissão
[illegible]	0853 JOÃO BATISTA CAMPOS	05/05/2017

OK

Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
551243	JOSÉ CARRARI	09/05/2017							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
617237	MARGARIDA AMORIM DE OLIVEIRA	08/01/2019							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
595905	MARIA ANGELA PINTO	29/06/2018							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
544327	MARIA DO CARMO CORREIA	07/03/2017							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBULIZ	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
618080	MARIA EVA DA SILVA GABANETTI	15/01/2019							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	13/03/2019	13	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
610834	MARIA JOANA DOS SANTOS	09/11/2018							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
474642	MARIA RODRIGUES DE LIMA	23/09/2016							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
593843	MILEIDE MARTINS DOS SANTOS	18/06/2018							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
895867	CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA NEBULIZ	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
570577	RAUL CARVALHO VICENTE	20/10/2017							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000	300	16680
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
569934	SATURNINO LANZA	13/10/2017							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896053	CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580002
Paciente	Nome	Dt.Admissão							
604[illegible]	[illegible] SEBASTIÃO BARBOSA DOS SANTOS	14/09/2018							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -R	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000 143,0000		580003
Paciente	Nome	Dt.Admissão							

VitalAire

573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES	22/11/2017							
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -F	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000		580002
						143,0000		

Paciente Nome	Dt.Admissão							
528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO	19/10/2016							
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	Vl Unt.	Qtd Eqp/Cil	Valor Total	Série	NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVERFLO -F	01/03/2019	31/03/2019	30	143,00000	1,00000	143,0000	300	14511
						143,0000		

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

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: ANA CAROLINA TREVIZZAN

Idade: 33	Data de Nascimento: 14/11/1984
RG: 8.624.101-3	CPF: 056.868.549-04
Cartão SUS: 708 2071 4382 8546	
Endereço: ESTRADA CARANÁ KM 18	N.º
Bairro; DISTRITO DE CAMBUÍ	CEP: 86990-000 / Cidade/ MARIALVA
Telefone: 30586770 / Cel.: 988515894	e-mail:

Ponto de referência: Primeira Estrada antes de chegar na usina de açúcar, depois da ponte do rio M

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: ROBSON ANTONELLI	Fone: 988515894
CPF do Responsável.: 040.040.229-75	Rg. 9.305.608-9
Hipótese Diagnostica: DERMATOMIOSITE + Fibrose Pulmonar	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DERMATOMIOSITE + 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:	2,5 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2,5 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2,5 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:30/10/18	Horário da solicitação: 08:40	Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Ramão 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 SAUDE

Data:11/10/2016	Horário da solicitação: 11:10	Requisitante:Secretaria Mun. de Saude Nome:Marcelo Romão ( ) Telefone (44) 3232-1151

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIR

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: CARSLOS 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: 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) 3232-115

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: 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:		Oximetria:
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 Rom Telefone (44) 3232-[illegible]

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga

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 — Outros

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 GASTROSTOM
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:		Oxímetro
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	( )	Tipo de
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: EULÍRIO ALVES DE OLIVEIRA

Idade:70	Data de Nascimento: 21/11/1948
RG: 3501378-4	CPF: 062.505.809-72
Cartão SUS: 706 008 1506 3947	
Endereço: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO	N.º 141
Bairro; CENTRO	CEP: 86990-000
Cidade/ MARIALVA	
Telefone:	Cel.: 99101-1881
e-mail:	
Ponto de referência: Proximo a Escola Milton Tavares Paes	
Local de entrega: RESIDENCIA	
Em caso de emergência/contato:	
Responsável pelo paciente: MILTON ALVES	Fone: 99724-2520
CPF do Responsável.: 539.536.819-15	Rg. 3.193.787-6
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		Cl...	
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	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxi...	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	( )	Infantil	PAP ( )
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	( )	Adulto	
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	( )		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	( )		
Parâmetros de Alarme		Volume Corrente Alvo:		Cilindro de O2			
		Sensibilidade:					

Obs.:

...metro

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

Data:12/03/19	Horário da solicitação: 11:25	Requisitante: Secretaria d... Saúde Nome: Marcelo Roma... Telefone (44) 323...

GOVERNO MUNICIPAL MARIALVA

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 SAUDE

Data:20/02/18	Horário da solicitação: 09:30	Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Rom[illegible] Telefone (44) 3232-[illegible]

GOVERNO MUNICIPAL MARIALVA

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VIT AIR

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 AL RE
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 S UD

Data:05/05/17	Horário da solicitação: 09:11	Requisitante: Secret Nome: Marcelo R Telefone (44) 32

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITA

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		
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:		Oxi
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo
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 VI...

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARGARIDA AMORIM DE OLIVEIRA

Idade: 74	Data de Nascimento: 07/07/1944	
RG: 5.574.438-6	CPF: 895.066.189-68	
Cartão SUS: 708 1015 8931 3339		
Endereço: AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO APTO 0001		N.º 1356
Bairro; CENTRO	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone:	Cel.: 998193242	e-mail:

Ponto de *referência*: PROXIMO A PRAÇA DA RODOVIÁRIA

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: CAMILA OLIVEIRA ARAUDO	Fone: 99746-9504
CPF do Responsável.: 096.464.219-03	Rg. 13.107.081-0
Hipótese Diagnostica: APNEIA	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: : 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:	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	18 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 ...

Data:04/01/19	Horário da solicitação: 16:10	Requisitante: Secret... Nome: Marce... Telefone (44) 32...

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	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 senso	
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

Data:27/06/18	Horário da solicitação: 13:45	Requisitante: Secret... Nome: Marcel... Telefone (44) 32...

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Cut

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA DO CARMO CORREIA

Idade: 50	Data de Nascimento: 16/02/1967	
RG: 5.377.624-8	CPF: 768.936.168-72	
Cartão SUS: 703 2006 5373 5593		
Endereço: ESTRADA MARIALVA KM 20 Distrito de Cambuí		N.º
Bairro; 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 Ter	
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) 3232-1[illegible]

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA EVA DA SILVA GABANETTI		
Idade:86	Data de Nascimento: 21/09/1932	
RG: 4.886.027-4	CPF: 162.309.901-30	
Cartão SUS: 706 8092 0962 7926		
Endereço: RUA TRAVESSA FERNANDO BRESSA		N.º 70
Bairro; JARDIM SHENANDOHA	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone:	Cel.: 999353937	e-mail:
Ponto de referência: SAIDA PRA MANDAGUARI PRÓXIMO A CASA DA UVA		Outros
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: MARIA APARECIDA PEREIRA		Fone: 999353937
CPF do Responsável.: 007.789.929-69		Rg. 7.642.195-1
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	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:14/01/19	Horário da solicitação: 09:20	Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151

GOVERNO MUNICIPAL MARIALVA CAPITAL DA REGIÃO NORTE

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VIT

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA JOANA DOS SANTOS

Idade: 69	Data de Nascimento: 08/04/1949	
RG: 8.635.068-8	CPF: 031.903.139-03	
Cartão SUS: 705 0032 4379 6453		
Endereço: ESTRADA SANTA FÉ DO PIRAPÓ – zona rural		N.º
Bairro; DISTRITO DE SANTA FÉ	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone: 999672327	Cel.: 997311248	e-mail:

Ponto de referência: Estrada santa fé, primeiro carreador antes da caixa d"agua azul.

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: JOÃO PEREIRA DOS SANTOS	Fone: 988515894
CPF do Responsável.: 396.913.579.68	Rg. 3.243.321-9
Hipótese Diagnostica: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: TROMBOEMBOLISMO 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		
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:		Ox.
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	( )	CPAP 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 SAUDE

Data:08/11/18	Horário da solicitação: 08:40	Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo R Telefone (44) 323

GOVERNO MUNICIPAL MARIALVA

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VI

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	2ª Via

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 Interface
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 VI

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	

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:		Oxim	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo	
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 S

Data:08/06/18	Horário da solicitação: 08:37	Requisitante: Secretari Nome: Marcelo Telefone (44) 3

GOVERNO MUNICIPAL MARIALVA

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VIT[illegible]AIR

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 AL[illegible]RE
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: 44-99969-037[illegible]
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 [illegible]

Data:19/10/17	Horário da solicitação: 15:10	Requisitante: Secret[illegible] Nome: Marcelo R[illegible] Telefone (44) 32[illegible]

GOVERNO MUNICIPAL MARIALVA

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VIT

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		
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:		
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de
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 Ro Telefone (44) 32?

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS

Idade: 86 | Data de Nascimento: 01/11/1931

RG: 18.087.670 | CPF: 160.571.578-69

Cartão SUS: 708 4077 1440 9769

Endereço: RUA VENCESLAU BRAZ | N.º 202

Bairro; CENTRO | CEP: 86990-000 | Cidade/ MARIALVA

Telefone3232-7391 | Cel.: 99947-4543 | e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO AO PREVER E CEMITÉRIO MUNICIPAL

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: SIRLEI SILVESTRE DOS SANTOS SILVEIRA | Fone: 99947-4543

CPF do Responsável.: 811.375.919-00 | Rg. 4.237.244-0

Hipótese Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: PACIENTE PORTADORA DE 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:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxime	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de	
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:31/08/18	Horário da solicitação: 08:15	Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Telefone (44) 323

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIR

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

VitalAire

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

DATA DE EMISSÃO: 19/07/2019 DOCTO: 0002111
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 18/08/2019

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
☐ DISPENSA C._____
☐ INEXIGIBILIDADE
Nº 37/18 DE __/__/____

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Marialva-PR
Decreto 637/17

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

CÓDIGO DO CLIENTE: 438668 - REF 01/03 A 31/03/2019 Condicao de Pagamento: 8 - 30 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: : 2278-0

Conta : 15732-5 BB/CT - 15732-5 - TAXAS -EXERCÍCIO DE PODER DE POLÍCIA F. 1510

Lote nº: 201/2019

Data : 14/08/2019

Conta Creditada **AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: **3.575,00**

NºAutenticação: **4CC6DB09BB726FD2**

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES

Idade: 38	Data de Nascimento: 02/02/1979	
RG: 6.891.999-1	CPF: 008.805.559-04	
Cartão SUS: 708 5063 3851 4571		
Endereço: RUA PROFESSORA DORALICE PARPINELLI		N.º 8
Bairro; JARDIM GRUDTNER	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone: -	Cel.: 44-99942-1596	e-mail:

Ponto de referência: PROXIMO POSTO DE SAÚDE DO JARDIM ITAMARATI

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: A MESMA	Fone: 44-99942-1596
CPF do Responsável.:	Rg.
Hipótese Diagnostica: DPOC	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC SOLICITO OXIGÊNIO DOMICILIAR NA CRISE DE DISPNEIA
01 CONCENTRADOR DE O2	

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	2H/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de
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 Telefone (44) 3232-