



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: 13316 / 2018 Ordinário Data: 27/12/2018 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	Tipo de Licitação: Pregão
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Nº Licitação.....: 37/2018
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Nº NAD.....: 13502
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº Convênio:/
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	

Dotação Inicial 0,00	Saldo Anterior 14.269,27	Valor 3.861,00	Saldo Atual 10.408,27
-------------------------	-----------------------------	-------------------	--------------------------

HISTÓRICO: Locação de concentrador de O₂, destinados a Secretaria Municipal de Saúde para pacientes da atenção básica. Fonte 31494 - C/C 624016-4

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	27,00	UNII	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O ₂ , ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M ³ : 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 O ₂ FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ;	143,00	3.861,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	3.861,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

Empenhado por:	Autorizo a Despesa Acima Discriminada
Paulo César Mori	Marialva, de de

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

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: 13316 / 2018 Ordinário Data: 27/12/2018 Página 2 / 2

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

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

Reduzido: 1140

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 13502

Nº Convênio:/

Dotação Inicial
0,00

Saldo Anterior
14.269,27

Valor
3.861,00

Saldo Atual
10.408,27

ITEM QTD UN ESPECIFICAÇÃO

VLR. UNITÁRIO VLR. TOTAL

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.

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.861,00

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****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2018****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****14176 / 2018****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 12/12/2018****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: MARINGÁ - PR****CEP: 87.055-406****Telefone: 44-3266-6150**

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

JUSTIFICATIVA: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde para pacientes da atenção básica. Fonte 31494 - C/C 624016-4

PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA: 1 Dias**LOCAL DE ENTREGA:** nos locais indicados na ordem de compra**FORMA DE PAGAMENTO:** no prazo de 30 dias após entrega da fatura

Ord.	Item	Descrição	Marca	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	104205	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³: A) FLUXO: 0,5 À 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO: QUEDA, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE O² FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ; I) RECARGA DE OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO, SENDO CILINDRO COM AUTONOMIA DE 08 (OITO) HORAS POR RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400 WATTS.	PHILIPS	UNID.	27,00	143,0000	3.861,00
						Total:	3.861,00



PREFEITURA DE MARIALVA

CNPJ: 76282680000145

Paraná

Exercício: 2018

SOLICITAÇÃO DE DESPESA

14176 / 2018

Espécie: Ordinário

Data de Emissão: 12/12/2018

Página 2 / 2

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

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

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)	TOTAL LIQ
438668 MUNICÍPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/10/2018 a 31/10/2018	3.861,00		3861,00000
Paciente Nome					
591911 BENEDITA NERCIZO PELLISARI					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
591529 BENEDITO ALVES GOULART					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 17768
Paciente Nome					
528882 BRAZ BURANELLO					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 14529
Paciente Nome					
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 12803
Paciente Nome					
480491 ELVIA GORRAO CHINEN					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 5924
Paciente Nome					
587206 ELZA CARMARCO DE ALMEIDA CORCOVIA					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI -	01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
590333 EMANUELLE RODRIGUES DOS SANTOS					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
567081 ILMA ROCHA BRUNA					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
550853 JOÃO BATISTA CAMPOS					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002
Paciente Nome					
566448 JOÃO MARCHIORI SOBRINHO					
Produto Descrição		Data Início	Qtd. Dias	VI. Unt.	VI. Unit Cota I. Unit Taxa Qtd Eqp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO	110V COM OPI	01/10/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 300 580002

Produto Descrição		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
551243 JOSE CARRARI		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
595905 MARIA ANGELA PINTO		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
457225 MARIA DE FATIMA DAS NEVES		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
544327 MARIA DO CARMO CORREIA		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
600428 OSVALDO GONÇALVES DOS SANTOS		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	23/10/2018	23	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/10/2018	23/10/2018	23	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
570577 RAUL CARVALHO VICENTE		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
603142 ROSALINA ZAPELINI MARTINS		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
569934 SATURNINO LANZA		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
TOTAL											143,0000	
Paciente Nome												
604670 SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS		Data Inicio	Data Final	Qtd Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I	Unit Taxa	Qtd Exp/Cil VI	Total Cota VI	Total Taxa	Valor Total	Serie NF
Produto Descrição		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580003
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/10/2018	31/10/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580003
TOTAL											143,0000	

~~José Orlando Benedetti Villalobos
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 5.657/17
Mateliva-PR~~

Resumo do Faturamento

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	4	143	572
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI -	2	143	286
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	3	143	429
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	18	143	2.574,00
TOTAL	27	143	3.861,00
TOTAL PACIENTES	27		

José Orlando Benediti Villa
 Secretário Municipal de Saúde
 Decreto 51637/17
 Marialva-PR



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



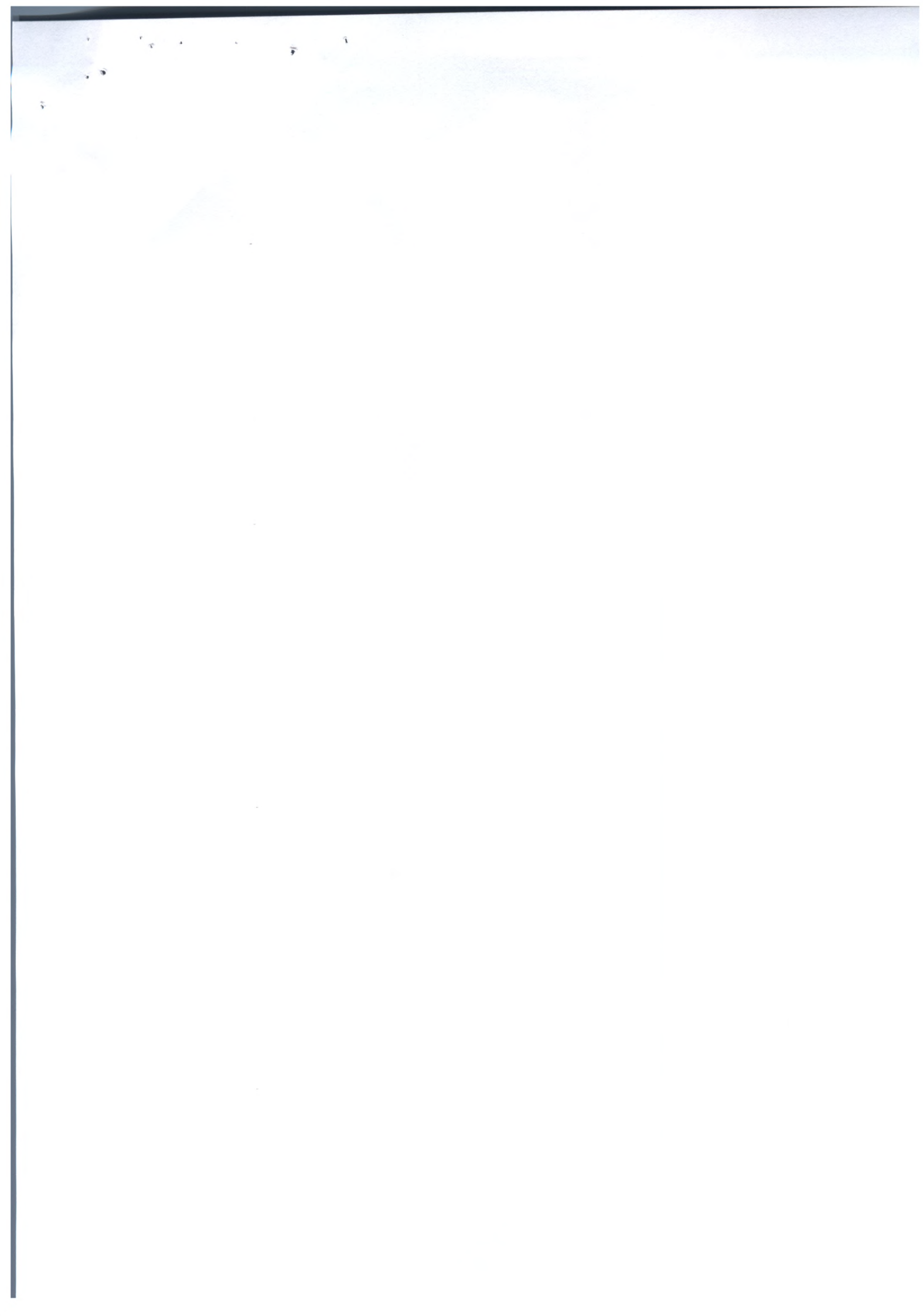
SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: CARLOS EDENEI TEIXEIRA						
Idade: 47			Data de Nascimento: 10/01/1969			
RG:			CPF: 708.293.149-20			
Cartão SUS: 700 3054 0598 5586						
Endereço: Rua Marina Simões Costa					N.º 111	
Bairro: Jardim Presidente			CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA	
Telefone:		Cel.: 99541480/ 98165154		e-mail:		
Ponto de referência:						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: Jeferson Castro Teixeira					Fone: 99541480	
CPF do Responsável.: 059.075.119-07					Rg.	
Hipótese Diagnóstica: Acamado com traqueostomia, pós trauma craniano.						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade		Descrição: macronebulização contínua pela traqueostomia.				
01 Concentrador O2						
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 08/06/2016		Horário da solicitação: 14:00		Requisitante: Secretaria Mul de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		





SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: ELZA CAMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA							
Idade: 87		Data de Nascimento: 29/01/1931					
RG: 6.471.429-5		CPF: 045.504.889-48					
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566							
Endereço: RUA NELSON CAMPANTE						N.º 1360	
Bairro: JARDIM PLANALTO		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99916-1951		e-mail:			
Ponto de referência: ESQUINA PRA BAIXO O MERCADO MARI MASSAS							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: INES CORCOVIA				Fone: 44-32324381			
CPF do Responsável.: 091.178.414-45				Rg. 13.776.451-2			
Hipótese Diagnóstica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE						
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	3 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 12/04/18		Horário da solicitação: 10:05		Requisitante: 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	
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 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:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 20/02/18

Horário da solicitação: 09:30

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: JOÃO MARCHIORI SOBRINHO							
Idade: 75		Data de Nascimento: 01/03/1942					
RG: 3.461.732-5		CPF: 046.492.149-04					
Cartão SUS: 705 6004 3200 2812							
Endereço: RUA JOÃO SIMÕES DA SILVA					N.º 182		
Bairro: JARDIM PARAISO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99824-7293		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR (ULTIMO GOLE)							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente:				Fone: 44 99824-7293			
CPF do Responsável.: 863.378.159-04				Rg. 4.304.366-8			
Hipótese Diagnostica: DPOC E ASMA							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: DPOC E ASMA SENTI MTA FALTA DE AR NO PERÍODO NOTURNO						
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 12/09/17		Horário da solicitação: 14:10		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: JOSÉ CARRARI							
Idade: 90			Data de Nascimento: 29/03/1927				
RG: 594666			CPF: 087.969.639-72				
Cartão SUS: 704 8050 6819 2449							
Endereço: RUA JOSÉ VOLPATO					N.º 415		
Bairro: CONJUNTO MARIALVA II			CEP: 86990-000	Cidade: MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99935-4868		e-mail:			
Ponto de referência: PROXIMO A SORVETERIA							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: CLAUDINETE DE FATIMA CARRARO GOLINE				Fone: 99935-4868			
CPF do Responsável: 042.871.259-24				Rg.			
Hipótese Diagnóstica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade		Descrição: DPOC					
01 CONCENTRADOR DE O2							
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	6h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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 CONDOMÍNIO BELLA VISTA							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: APARECIDO SAVEDA				Fone: 44-99945-4441			
CPF do Responsável.: 449.297.229-34				Rg. 3525913-9			
Hipótese Diagnóstica: DPOC GRAVE							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE APÓS EXARCEBAÇÃO MATENDO HIPOXEMIA					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	1 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/MIN	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5 L/MIN		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 27/03/18		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	
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 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR						
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data:06/03/17		Horário da solicitação: 11:10		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: MARIA RODRIGUES DE LIMA							
Idade: 87			Data de Nascimento: 02/07/1927				
RG: 26414380-2			CPF:				
Cartão SUS: 705508425525110							
Endereço: RUA ISMAEL PERES					N.º 325		
Bairro: RESIDENCIAL ZAMBALDI			CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 9736-0545		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO A VILA ANTONIO							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: MARIA ALICE DE SOUZA PEREIRA				Fone: 9736-0545			
CPF do Responsável: 911.227.329-53				Rg. 5.281.802-8			
Hipótese 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 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE HIPOXÊMIA COM DISPNEIA NO ESFORÇO				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	CONTINUO	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 08/06/18		Horário da solicitação: 08:37		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		





SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: OSVALDO GONÇALVES DOS SANTOS							
Idade: 52		Data de Nascimento: 23/09/1965					
RG: 4.485.236-5		CPF: 563.860.879-68					
Cartão SUS: 706 5083 1691 0690							
Endereço: RuA LAZARO LEMUCH					N.º 70		
Bairro: CONJ ANTONIO GARCIA SANCHES		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: -999141723		Cel.: 99915-2489		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR DO DODÔ							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: DALVA APARECIDA DE ARAUJO RIBEIRO				Fone: 99915-2489			
CPF do Responsável.: 903.698.159-04				Rg. 5.069.800-9			
Hipótese Diagnostica: PONTE SAFENA							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE REALIZOU CATETERISMO E PONTE SAFENA					
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:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 06/08/18		Horário da solicitação: 15:05		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: ROSALINA ZAPELINI MARTINS

Idade: 90

Data de Nascimento: 24/12/1927

RG: 18.087.670

CPF: 160.571.578-69

Cartão SUS: 708 4077 1440 9769

Endereço: RuA CONEGO VICENTE MAGALHAES TEIXEIRA

N.º 1737

Bairro: JARDIM PLANALTO

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone: -999141723

Cel.: 99871-0878

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: ANA ZAPELINE MASTINS PASSOS

Fone: 99871-0878

CPF do Responsável.: 054.853.589-26

Rg. 8.395.176-1

Hipótese Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: PACIENTE PORTADORA DE DPOC E MIOCARDIOPATIA 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:		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: 31/08/18

Horário da solicitação: 08:15

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: RAUL CARVALHO VICENTE

Idade: 72

Data de Nascimento: 18/08/1945

RG: 593576-8

CPF: 204.902.839-34

Cartão SUS: 701 2080 2991 9310

Endereço: RUA FORMOSA

N.º 1220

Bairro: VILA BRASIL

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99969-0370

e-mail:

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

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: FATIMA SEVERIANO VICENTE

Fone: 44-99969-0370

CPF do Responsável.: 911.252.869-20

Rg. 5.391.088-2

Hipótese Diagnóstica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

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:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 19/10/17

Horário da solicitação: 15:10

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





SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: SATURNINO LANZA

Idade: 84

Data de Nascimento: 25/08/1933

RG: 1.724.212

CPF: 047.120.489-72

Cartão SUS: 700 0011 2448 7403

Endereço: RUA JOÃO MARTINS TOSTA SOBRINHO

N.º 568

Bairro: CONJ. VALENTIN GAZIM

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99806-8639

e-mail:

Ponto de referência: EM FRENTE POSTO DE SAUDE

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: MARCOS LANZA

Fone: 44-99952-8451

CPF do Responsável.: 046.260.719-45

Rg. 8.360.316-0

Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

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

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 11/10/17

Horário da solicitação: 15:56

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: 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		
Telefone: 3232-7391		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 Diagnóstica: DPOC						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE PORTADORA DE 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:		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: 31/08/18		Horário da solicitação: 08:15		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: 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 Diagnóstica: TROMBOEMBOLISMO

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade
01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, ASSOCIADO A LUPUS E ESCLERODERMIA

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

Obs.:

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

Data: 21/11/17

Horário da solicitação: 14:30

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: TEREZINHA DA CRUZ DE ARAUJO

Idade: 85

Data de Nascimento: 15/10/1933

RG: 6.075.527-2

CPF: 899.872.849-49

Cartão SUS: 704.5023.1818.8710

Endereço: RUA DAS MARGARIDAS

N.º 117

Bairro: JARDIM TROPICAL

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone: 3232-7379

Cel.: 99936-8676

e-mail:

Ponto de referência:

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: SONIA REGINA BERTACCIN ARAUJO

Fone: 99936-8676

CPF do Responsável.: 899.872.509-63

Rg. 3.505.612-2

Hipótese Diagnostica: ICC PULMONAR

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: PACIENTE COM ICC DESCOMPENSADO COM ACIDOSE MATABÓLICA ALÉM DO ESFORÇO PULMONAR (COMPENSAÇÃO).
--	---

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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: 24/10/18

Horário da solicitação: 10:30

Requisitante: Secretaria de Saúde

Nome: Marcelo Romão

Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: VICENTINA DA SILVA BERNARDINO		
Idade: 70	Data de Nascimento: 30/03/1946	
RG: 6.394.302-9	CPF: 009.602.708-84	
Cartão SUS: 706 8071 6276 7830		
Endereço: Rua DOLORES MARIA DA SILVA		
N.º 66		
Bairro: VILA ANTONIO II	CEP: 86990-000	Cidade: MARIALVA
Telefone:	Cel.: 9801-1537	e-mail:
Ponto de referência: PROXIMO AO POSTO DE SAÚDE		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: ANDREIA DA SILVA BERNARDINO		Fone: 9801-1537
CPF do Responsável.: 068.717.009-51		Rg. 10.034.424-6
Hipótese Diagnóstica: DPOC.		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC
01 Concentrador O2	

Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4L/MIN		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 14/10/2016

Horário da solicitação: 09:20

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

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: 11/01/2019 DOCTO: 0001932
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 10/02/2019

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
4	895867	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA N	143	143,00	572,00
2	895868	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERF	143	143,00	286,00
3	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	429,00
18	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2.574,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:

☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREG. C. 110
☐ DISPENSA
☐ INEXIGIBILIDADE

Nº 3718 DE 19/06/18

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Declaro: 5.037/17
Marialva-PR

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

CÓDIGO DO CLIENTE: 438668 - PERIODO FAT 01/10/18 A 31/10/18

N. empenho 13316/2018

Condição 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\$

3.861,00



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: 23/2019

Data : 04/02/2019

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 3.861,00

NºAutenticação: 9A9E000B2E9FC7B7