



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: 182 / 2019 Ordinário Data: 18/01/2019 Página 1 / 2

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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

Insc. Est.:

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050. PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA

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

Reduzido: 400

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

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 191

Nº Convênio:/

Dotação Inicial

100.000,00

Saldo Anterior

17.325,16

Valor

3.575,00

Saldo Atual

13.750,16

HISTÓRICO: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde para pacientes acamados da Atenção Básica.
Fonte 31494 - C/C 624.016-4

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	25,00	UNII	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³ : A) FLUXO: 0,5 À 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO: QUEDA, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE O² FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ;	143,00	3.575,00

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.575,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

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

ANTONIETA BELLINATI PEREZ
Prefeita Municipal em exercício

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: 182 / 2019 Ordinário Data: 18/01/2019 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

Órgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050. PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA

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: 400

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 191

Nº Convênio: /

Dotação Inicial

100.000,00

Saldo Anterior

17.325,16

Valor

3.575,00

Saldo Atual

13.750,16

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:

3.575,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

PAGAMENTO

ORDEN 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

ANTONIETA BELLINATI PEREZ
Prefeita Municipal em exercício

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

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Credor: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

**PREFEITURA DE MARIALVA****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2019****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****169 / 2019****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 15/01/2019****Página 1 / 2****Fornecedor:** 101816 - AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**CNPJ:** 00.331.788/0041-06**Insc. Estadual:****Endereço:** RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249**Bairro:** JARDIM BERTIOGA **Cidade:** MARINGA - PR**CEP:** 87.055-406**Telefone:** 44-3266-6150

Órgão: 07	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Processo:	/
Unid. Orçamentária: 07.002.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Modalidade:	Pregão
Função: 10	Saúde	Nº Licitação:	37 / 2018
Sub Função: 301	Atenção Básica	Nº Contrato:	110 / 2018
Programa: 0008	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	Termínio:	19/06/2019
Projeto/Atividade: 2050	PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA	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: 400	Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde para pacientes acamados da Atenção Básica. Fonte 31494 - C/C 624.016-4

PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA: 1 Dias

LOCAL DE ENTREGA: nos locais indicados na ordem de compra

FORMA DE PAGAMENTO: no prazo de 30 dias após entrega da fatura

Ord.	Item	Descrição	Marca	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	104205	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³ : A) FLUXO: 0,5 À 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE 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 AUTONCMIA DE 08 (OITO) HORAS POR RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400 WATTS.	PHILIPS	UNID.	25,00	143,0000	3.575,00

Total: 3.575,00



PREFEITURA DE MARIALVA

CNPJ: 76282680000145

Paraná

Exercício: 2019

SOLICITAÇÃO DE DESPESA

169 / 2019

Espécie: Ordinário

Data de Emissão: 15/01/2019

Página 2 / 2

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

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)	TOTAL LIQ
438668 MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/12/2018 a 31/12/2018	3.575,00		3575,00000
Paciente Nome					
609910 ANA CAROLINA TREVIZZAN					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580003
Paciente Nome					
591911 BENEDITA NERCIZO PELISSARI					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580002
Paciente Nome					
591529 BENEDITO ALVES Goulart					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 17768
Paciente Nome					
528882 BRAZ BURANELLO					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 14529
Paciente Nome					
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580003
Paciente Nome					
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 12803
Paciente Nome					
480491 ELVIA GORRAO CHINEN					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 5924
Paciente Nome					
587206 ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580002
Paciente Nome					
590333 EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580002
Paciente Nome					
612254 GERALDO VIANA					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	07/12/2018	7	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580003
Paciente Nome					
567081 ILMA ROCHA BRUNA					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580002
Paciente Nome					
582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA					
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota. Unit Taxa Qtd Esp/Cil VI. Total Cota VI. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/12/2018	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000 0,00000 1,00000 0 143,0000 580002

Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
550853 JOÃO BATISTA CAMPOS											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
566448 JOÃO MARCHIORI SOBRINHO											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
551243 JOSÉ CARRARI											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
595905 MARIA ANGELA PINTO											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
544327 MARIA DO CARMO CORREIA											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
610834 MARIA JOANA DOS SANTOS											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580003
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
570577 RAUL CARVALHO VICENTE											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300 16680
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
569934 SATURNINO LANZA											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	
604670 SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS											
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cotat	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI	Total Cotat VI	Total Taxa	Valor Total	Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018	31/12/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580003
Paciente Nome									TOTAL	143,0000	

573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES

Produto	Descrição	Data Início
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018

Data Final
3/1/12/2018

Qtd. Dias
30

VI Unt.
3,00000

Unit CotaI.	Unit Taxa	Qty	Eqp/Ci
0,00000	0,00000	1,00000	

Total Cota
0

0

Valor Total
143,0000

Série NF. Remessa
580002

Paciente Nome _____

Produto	Descrição	Data Início
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/12/2018

Data Final
3/1/12/2018

Qtd. Dias
30

VI Unt.
3,00000

Unit CotaI.	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil
0,00000	0,00000	1,00000

Total Cota
0

0

Valor Total
143,0000

Série NF. Remessa
300 14511

TOTAL	143,0000
-------	----------



Resumo do Faturamento

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	3	143	429
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI -	2	143	286
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ 120V	3	143	429
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	17	143	2.431,00
TOTAL PACIENTES	25	TOTAL	3.575,00

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Maringá - PR

José Orlando Benedetti Villa
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto 9.657/17
Maringá - PR



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 Marialva

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 Diagnóstica: 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:		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: 30/10/18

Horário da solicitação: 08:40

Requisitante: Secretaria de Saúde

Nome: Marcelo Romão

Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

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

Obs.:

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

Data: 21/05/18

Horário da solicitação: 10:55

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: BRAZ BURANELLO		
Idade: 77	Data de Nascimento: 24/08/1939	
RG: 3.062.6150	CPF: 23691115934	
Cartão SUS: 700 0045 2307 1106		
Endereço: Rua Atilio Ferri, 1274		
N.º 1274		
Bairro: CENTRO	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone: 3232-5588	Cel.: 9707-9580	e-mail:
Ponto de referência:		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: ILDA GUMIERO BURANELLO		Fone: 3232-5588
CPF do Responsável.: 852.862.309-20		Rg. 10.871.411-5
Hipótese Diagnóstica: DPOC GRAVE		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	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:		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 8054 0598 5586

Endereço: Rua Marina Simões Costa N.º 111

Bairro: Jardim Presidente CEP: 86990-000 Cidade: MARIALVA

Telefone: Cel.: 99541480/ 98165154 e-mail:

Ponto de referência:

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: Jeferson Castro Teixeira Fone: 99541480

CPF do Responsável: 059.075.119-07 Rg.

Hipótese Diagnóstica: Acamado com traqueostomia, pós trauma craniano.

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade Descrição: macronebulização contínua pela traqueostomia.
01 Concentrador O2

Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 08/06/2016

Horário da solicitação: 14:00

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS							
Idade: 3 MESES		Data de Nascimento: 23/01/2018					
RG: -		CPF: -					
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566							
Endereço: AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO					N.º 133		
Bairro: CENTRO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99838-6348		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR DO CAZELATTO							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: CLAUDEJANIA RODRIGUES SOARES				Fone: 44-99838-6348			
CPF do Responsável.: 091.178.414-45				Rg. 13.776.451-2			
Hipótese Diagnostica: SÍNDROME EDWARDS							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 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: GERALDO VIANA

Idade: 80

Data de Nascimento: 30/04/1938

RG: 432.170-7

CPF: 276.328.819-72

Cartão SUS: 703 5060 3964 6130

Endereço: GIUSEPPE GANDOLFI

N.º 170

Bairro: CONJ MARIALVA II

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: 32325088

Cel.: 99957-4284

e-mail:

Ponto de referência: PROXIMO A CLINICA DA MULHER

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: SUELI VIANA DE OLIVEIRA

Fone: 99957-4284

CPF do Responsável.: 938.965.069-00

Rg. 4.900.454-0

Hipótese Diagnóstica: PARKINSON, DERRAME PLEURAL

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: : PARKINSON, DERRAME PLEURAL

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: 20/11/18

Horário da solicitação: 11:25

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

Obs.:

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

Data: 18/09/17

Horário da solicitação: 08:25

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA							
Idade: 63		Data de Nascimento: 27/10/1954					
RG: 1.245.839-8		CPF: 433.770.179-98					
Cartão SUS: 702 8081 2334 8669							
Endereço: RUA MANOEL CHAMORRO					N.º 195		
Bairro: JARDIM SALEM CHADE		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99979-5229		e-mail:			
Ponto de referência: ATRÁS DO CAMPO DE FUTEBOL							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: KAZUOKI KURUSHIMA				Fone: 44-99979-5229			
CPF do Responsável.:				Rg.			
Hipótese Diagnostica: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	16H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 20/02/18		Horário da solicitação: 09:30		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: JOAO BATISTA CAMPOS		
Idade: 65	Data de Nascimento: 18/09/1951	
RG: 6.194.905-4	CPF: 160.476.809-68	
Cartão SUS: 707 8076 9310 8518		
Endereço: RUA DOS PARDAIS	N.º 60	
Bairro: CONJUNTO JOÃO DE BARRO	CEP: 86990-000	Cidade: MARIALVA
Telefone:	Cel.: 44-99996-6388	e-mail:
Ponto de referência:		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: FATIMA BATISTA CAMPOS		Fone: 99996-6388
CPF do Responsável.: 018.864.719-83		Rg. 7.128.984-2
Hipótese Diagnóstica: DPOC + APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

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

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 05/05/17

Horário da solicitação: 09:11

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

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

Obs.:

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

Data: 27/06/18

Horário da solicitação: 13:45

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: MARIA 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: Secretária de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA 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'água 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 Diagnóstica: 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		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: 08/11/18

Horário da solicitação: 08:40

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: MARIA RODRIGUES DE LIMA						
Idade: 87		Data de Nascimento: 02/07/1927				
RG: 26414380-2		CPF:				
Cartão SUS: 705508425525110						
Endereço: RUA ISMAEL PERES					N.º 325	
Bairro: RESIDENCIAL ZAMBALDI		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 9736-0545		e-mail:		
Ponto de referência: PRÓXIMO A VILA ANTONIO						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: MARIA ALICE DE SOUZA PEREIRA				Fone: 9736-0545		
CPF do Responsável.: 911.227.329-53				Rg. 5.281.802-8		
Hipótese Diagnóstica:						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CILINDRO O2		Descrição: ENFISEMA PULMONAR				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA - SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: _		Horário da solicitação:		Requisitante: Nome: _ Telefone () _		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MILEIDE MARTINS DOS SANTOS

Idade: 62

Data de Nascimento: 15/08/1955

RG: 5.293.226-2

CPF: 031.494.869-47

Cartão SUS: 706 5083 6634 2394

Endereço: RUA RIKISABURO ITO

N.º 171

Bairro: JARDIM INTERCLUBE

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: -

Cel.: 44-99928-7073

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO ACEM

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: ITAMAR CASSIO MARTINS DOS SANTOS

Fone: 44-99917-4752

CPF do Responsável: 029.246.819-95

Rg. 7.380.035-8

Hipótese Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC GRAVE HIPOXÊMIA COM DISPNEIA NO ESFORÇO

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 08/06/18

Horário da solicitação: 08:37

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: RAUL CARVALHO VICENTE

Idade: 72

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 Diagnostica: 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: 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 Diagnóstica: 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: 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:		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			

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

DATA DE EMISSÃO: 18/01/2019 DOCTO: 0001935
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 17/02/2019

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
3	895867	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA N	143	143,00	429,00
2	895868	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERE	143	143,00	286,00
3	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	429,00
16	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2.288,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	143,00

AQUISIÇÃO - de acordo com:

- ☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA
☒ PREGÃO
☐ DISPENSA
☐ INEXIGIBILIDADE

Nº 37 DE 19/06/18

Day

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 01/12/18 A 31/12/18
EMPENHO: 182/2019

Caso necessite de 2 via de boleto entrar em contato com a central de cobrança pelos telefones:
(11) 2915-4800 ou 0800-771-6686 opção 4 Cobrança.

TOTAL DESTA NOTA

R\$

3.575,00



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 1267-7

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

Lote nº: 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: 3.575,00

NºAutenticação: E9FE29BBFA72E21