



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: 184 / 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.....: 193

Nº Convênio:/

Dotação Inicial

100.000,00

Saldo Anterior

13.750,16

Valor

3.861,00

Saldo Atual

9.889,16

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	27,00	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	3.861,00

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.861,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

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

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque



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: 184 / 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

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 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.....: 193 Nº Convênio:/
Dotação Inicial 100.000,00	Saldo Anterior 13.750,16	Valor 3.861,00	Saldo Atual 9.889,16

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:	3.861,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

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

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

168 / 2019

Espécie: Ordinário

Data de Emissão: 15/01/2019

Página 2 / 2

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

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

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração



Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)	TOTAL LIQ
438688 MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/11/2018 a 30/11/2018	3.861,00		3861,00000
Paciente Nome					
609910 ANA CAROLINA TREVIZZAN					
Produto Descrição					
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - 07/11/2018			24	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
591911 BENEDITA NERCIZO PELISSARI					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
591529 BENEDITO ALVES GOULART					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
528882 BRAZ BURANELLO					
Produto Descrição					
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
480491 ELVIA GORRAO CHINEN					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
587206 ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA					
Produto Descrição					
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
590333 EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
612254 GERALDO VIANA					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 21/11/2018			10	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
567081 LIMA ROCHA BRUNA					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL
Paciente Nome					
582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA					
Produto Descrição					
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI 01/11/2018			30	143,00000	0,00000
					0,00000
					1,00000
					0
					0
					143,0000
					TOTAL

20

569934 SATURNINO LANZA													
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	VI. Unit Cota I.	Unit Taxa	Qtd Eqp/Cil VI.	Total Cota VI.	Total Taxa	Valor Total	Série NF.	Remessa	
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	01/11/2018	30/11/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002		OK
TOTAL 143,0000													
Paciente Nome 604670 SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS													
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	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	01/11/2018	30/11/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580003		OK
TOTAL 143,0000													
Paciente Nome 573722 SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES													
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	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	01/11/2018	30/11/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	580002		OK
TOTAL 143,0000													
Paciente Nome 528488 VICENTINA DA SILVA BERNARDINO													
Produto Descrição	Data Inicio	Data Final	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	01/11/2018	30/11/2018	30	143,00000	0,00000	0,00000	1,00000	0	0	143,0000	300	14511	OK
TOTAL 143,0000													



Resumo do Faturamento

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	4	143	572
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V/COM 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 PACIENTES	27	3.861,00	

Handwritten signature/initials

Handwritten signature: Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marilva - PR

Handwritten signature: José Orlando Benediti Villa
José Orlando Benediti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 5.637/17
Marilva-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: (41) 3000-1111



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	Descrição: DPOC + CA DE PULMÃO + IC - USO CONTÍNUO
01 CONCENTRADOR DE O2	

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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 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 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

01 Concentrador O2

Descrição: macronebulização contínua pela traqueostomia.

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

RG: 4694736-3

Data de Nascimento: 15/03/1961

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

Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	3 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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

Descrição: SÍNDROME EDWARDS, TRAQUEOSTOMIZADA E GASTROSTOMIA

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	4 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	4 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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

RG: 4.013.458-1

Data de Nascimento: 15/09/1953

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

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 Diagnostica: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	16H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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 Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	6h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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 Diagnóstica: 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 DE FATIMA DAS NEVES

Idade: 62

RG: 6.381.447-4

Data de Nascimento: 23/01/1954

CPF: 937.489.659-15

Cartão SUS: 708002834367426

Endereço: RUA CONRADO BONIFÁCIO

N.º 164

Bairro: JD ITAMARATI

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: 3028-7979

Cel.: 44-997251686

e-mail:

Ponto de referência: PROXIMO A AO COLEGIO PARIGOT

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: EDILAINE APARECIDA DAS NEVES

Fone: -9839-6372

CPF do Responsável: 042.008.849-09

Rg.

Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR

01 CONCENTRADOR

DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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 JOANA DOS SANTOS

Idade: 69

Data de Nascimento: 08/04/1949

RG: 8.635.068-8

CPF: 031.903.139-03

Cartão SUS: 705 0032 4379 6453

Endereço: ESTRADA SANTA FÉ DO PIRAPÓ - zona rural

N.º

Bairro: DISTRITO DE SANTA FÉ

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: 999672327

Cel.: 997311248

e-mail:

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

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: JOÃO PEREIRA DOS SANTOS

Fone: 988515894

CPF do Responsável.: 396.913.579.68

Rg. 3.243.321-9

Hipótese Diagnostica: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

01 CONCENTRADOR

DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		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

CPAP

/ CONCENTRADOR

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:

T Expir:

EPAP:

Oxímetro:

P.S.

FR:

Cânula Nasal

()

Tipo de sensor

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: _

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

RG: 5.293.226-2

Data de Nascimento: 15/08/1955

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: RAUL CARVALHO VICENTE	
Idade: 72	Data de Nascimento: 18/08/1945
RG: 593576-8	CPF: 204.902.839-34
Cartão SUS: 701 2080 2991 9310	
Endereço: RUA FORMOSA	
N.º 1220	
Bairro: VILA BRASIL	CEP: 86990-000
Cidade: MARIALVA	
Telefone:	Cel.: 44-99969-0370
e-mail:	
Ponto de referência: AO LADO DA PADARIA ESQUINA A CASA DA CULTURA	
Local de entrega: RESIDENCIA	
Em caso de emergência/contato:	
Responsável pelo paciente: FATIMA SEVERIANO VICENTE	Fone: 44-99969-0370
CPF do Responsável.: 911.252.869-20	Rg. 5.391.088-2
Hipótese Diagnostica: DPOC	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

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

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 19/10/17

Horário da solicitação: 15:10

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
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 Diagnóstica: DPOC						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE PORTADORA DE DPOC E MIOCARDIOPATIA 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:		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: SATURNINO LANZA							
Idade: 84		Data de Nascimento: 25/08/1933					
RG: 1.724.212		CPF: 047.120.489-72					
Cartão SUS: 700 0011 2448 7403							
Endereço: RUA JOÃO MARTINS TOSTA SOBRINHO					N.º 568		
Bairro: CONJ. VALENTIN GAZIM		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99806-8639		e-mail:			
Ponto de referência: EM FRENTE POSTO DE SAUDE							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: MARCOS LANZA				Fone: 44-99952-8451			
CPF do Responsável.: 046.260.719-45				Rg. 8.360.316-0			
Hipótese Diagnóstica: DPOC GRAVE							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC MTA FALTA DE AR					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		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

Descrição: PACIENTE PORTADORA DE DPOC

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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



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

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2019 DOCTO: 0001949
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 01/03/2019

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 - EVERE	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 37 DE 19/06/18

Day.

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

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

CÓDIGO DO CLIENTE: 438668 - PERIODO FAT 01/11/18 A 30/11/18
EMPENHO 184/2019

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: 38/2019

Data : 15/02/2019

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 3.861,00

Nº Autenticação: 6204BBE6EE059C56