



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: 4401 / 2019 Ordinário Data: 10/05/2019 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			Tipo de Licitação:
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS			Pregão
Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050.PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA			Nº Licitação.....: 37/2018
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA			Nº NAD.....: 4480
Reduzido: 1122			Nº Convênio:/
F. de Recurso: 33494	BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públ	33494	
Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS			
Dotação Inicial 0,00	Saldo Anterior 140.368,63	Valor 3.432,00	Saldo Atual 136.936,63

HISTÓRICO: Aquisição de cargas de nitrogênio líquido e locação de concentrador de O₂, destinados a Secretaria Municipal de Saúde - Atenção Básica - fonte 31494 - C/C 624.016-4

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	24,00	UNII	LOCAÇÃO MENSAL. CONCENTRADORES DE O ₂ , ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M ³ : A) FLUXO: 0,5 A 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO: QUEDA, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE O ₂ FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ;	143,00	3.432,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	3.432,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

Empenhado por:

Paulo César Mori

PAGAMENTO ORDEM DE PAGAMENTO

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

Marialva, de de

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

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

RECIBO

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

Marialva, de de

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

Credor: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (44) 3232-8383 - CEP 86990-000

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 4401 / 2019 Ordinário Data: 10/05/2019 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	Tipo de Licitação:
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Pregão
Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050. PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA	Nº Licitação.....: 37/2018
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº NAD.....: 4480
F. de Recurso: 33494 BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públ 33494	Nº Convênio:/
Reduzido: 1122	
Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
0,00	140.368,63	3.432,00	136.936,63

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:	3.432,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

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

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

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

RECIBO

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

Marialva, de de

Credor: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA
C.N.P.J.: 00.331.788/0041-06



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: 28/05/2019 DOCTO: 0002048
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 27/06/2019

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 - EVERF	143	143,00	286,00
1	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	143,00
2	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	286,00
15	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2.145,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	143,00
 José Orlando Benedetti Villa Secretário Municipal de Saúde Marialva-PR Decreto 5.837/17				 Marcelo A. Romão Gerente de Auditoria Marialva - PR	
MUNICIPIO DE MARIALVA 37-037.197-84-87 PERIODO FAT 01/04/19 A 30/04/19 LOCAL DE ENTREGA: RUA SANTA EFIGENIA, 680 - CENTRO - 869900000 - MARIALVA - PR EMPENHO: 4401/2019INFADFISCO 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\$	3.432,00	

16/05/2019

Empenho - #4401 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

PREFEITURA DE MARIALVA
Rua Santa Efigênia 680 - Centro - Marialva - PR
CEP: 87055-406 Fone: (41) 347-1382

Despesas Empenhadas

Início > Fornecedores - Despesas Empenhadas > Detalhes - Empenho: 4401 / 2019 - AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Empenho

Empenho: 4401/2019

Espécie: Ordinário

Data Emissão: 10/05/2019

Modalidade: Pregão

Nº Licitação: 37/2018

Nº Processo: 0/2019

Nº Contrato: 110/2018

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

Fornecedor

Nome: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

CNPJ/CPF: 00331789004106

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

Programática

Programática: 07.002.10.301.0008.2.050.3.3.90.39.00.00.

Fonte de Recurso: 33494 - BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Detalhes da Programática

Valores

Empenhado: 3.432,00

Anulado: 0,00

Liquidado: 0,00

Retido: 0,00

Valor Pago: 0,00

A Pagar: 3.432,00

Justificativa / Histórico

Aquisição de cargas de nitrogênio líquido e locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde - Atenção Básica - fonte 31494 - C/C 624.016-4

Data	Descrição	Nº Documento	Valor	Valor a Liquidar	Valor a Pagar
10/05/2019	Empenho	Emp: 4401	3.432,00	3.432,00	3.432,00

Sequencia	Especificação	Quantidade	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³ : A) FLUXO: 0,5 À 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO: QUEDA, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE O² FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ; I) RECARGA DE OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO, SENDO CILINDRO COM AUTONOMIA DE 08 (OITO) HORAS POR RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400 WATTS.	24,00	UNID.	143,00	3.432,00
		Total:		143,00	3.432,00

Não possui anulações.

Sem registros.

Sem registros.

Não possui pagamentos.

R\$ 2,00

444

05/05/2017

Programa.: AL1318
Emissão em 02/05/2019 as 13:52

Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Paciente Nome	551243 JOSÉ CARRARI	Dt. Admissão	09/05/2017	Data Final	16/04/2019	Qtz. Dias	16	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	617237 MARGARIDA AMORIM DE OLIVEIRA	Dt. Admissão	08/01/2019	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM C/P	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	595905 MARIA ANGELA PINTO	Dt. Admissão	29/06/2018	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	544327 MARIA DO CARMO CORREIA	Dt. Admissão	07/03/2017	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	610834 MARIA JOANA DOS SANTOS	Dt. Admissão	09/11/2018	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA	Dt. Admissão	23/09/2016	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS	Dt. Admissão	18/06/2018	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	570577 RAUL CARVALHO VICENTE	Dt. Admissão	20/10/2017	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	569834 SATURNINO LANZA	Dt. Admissão	13/10/2017	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	604670 SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS	Dt. Admissão	14/09/2018	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome	573722 SOFIA MARIA SANCHES PEDRO PIRES	Dt. Admissão	22/11/2017	Data Final	30/04/2019	Qtz. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtz. Eqp/Cil	1,00000	Valor Total	143,0000	Serie NF.	Remessa
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Inicio	01/04/2019												
Paciente Nome		Dt. Admissão		Data Final		Qtz. Dias		VI Unt.		Qtz. Eqp/Cil		Valor Total		Serie NF.	Remessa



19/10/2016
Data Inicio
01/04/2019

Data Final
30/04/2019

Qtd. Dias
30

VI Unt. Qtd Eqp/Cil	1.00000
3.00000	

Valor Total	Série NF.	Remessa
143.0000	300	14511

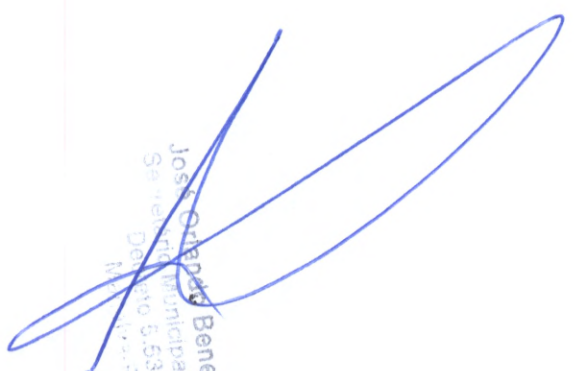
143,0000

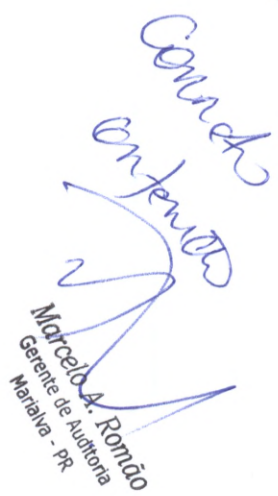
Série NF. Remessa
300 14511



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	16	143		2.288,00
TOTAL				TOTAL	3.432,00
TOTAL PACIENTES		24			


José Orlando Benediti Villa
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento 5.537/17
Município de São José do Rio Preto, SP


Marcela A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - 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 Diagnostica: DERMATOMIOSITE + Fibrose Pulmonar

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DERMATOMIOSITE + Fibrose Pulmonar

01 CONCENTRADOR
DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2,5 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2,5 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2,5 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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 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:	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 Diagnóstica: DPOC + CA DE PULMÃO + ICC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC + CA DE PULMÃO + IC – USO CONTÍNUO					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 16/05/18		Horário da solicitação: 16:23		Requisitante: 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		Data de Nascimento: 15/03/1961					
RG: 4694736-3		CPF: 03697807951					
Cartão SUS: 706204795208370							
Endereço: Rua Santa Efigênia,					N.º 104		
Bairro: Centro		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: 3014-1362		Cel.: 98187006		e-mail:			
Ponto de referência:							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente:				Fone:			
CPF do Responsável.:				Rg.			
Hipótese Diagnóstica:							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 Concentrador O2		Descrição: DPOC + Ca de Pulmão operado					
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico de DPOC e Ca de pulmão							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	12h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: _		Horário da solicitação:		Requisitante: Nome: ____ Telefone () _			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: ELZA CAMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA		
Idade: 87	Data de Nascimento: 29/01/1931	
RG: 6.471.429-5	CPF: 045.504.889-48	
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566		
Endereço: RUA NELSON CAMPANTE		
N.º 1360		
Bairro: JARDIM PLANALTO	CEP: 86990-000	Cidade/ MARIALVA
Telefone: -	Cel.: 44-99916-1951	e-mail:
Ponto de referência: ESQUINA PRA BAIXO O MERCADO MARI MASSAS		
Local de entrega: RESIDENCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: INES CORCOVIA		Fone: 44-32324381
CPF do Responsável.: 091.178.414-45		Rg. 13.776.451-2
Hipótese Diagnostica: DPOC		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE
01 CONCENTRADOR	
DE O2	

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	3 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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: EULÍRIO ALVES DE OLIVEIRA						
Idade: 70		Data de Nascimento: 21/11/1948				
RG: 3501378-4		CPF: 062.505.809-72				
Cartão SUS: 706 008 1506 3947						
Endereço: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO						N.º 141
Bairro: CENTRO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 99101-1881		e-mail:		
Ponto de referência: Proximo a Escola Milton Tavares Paes						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: MILTON ALVES				Fone: 99724-2520		
CPF do Responsável.: 539.536.819-15				Rg. 3.193.787-6		
Hipótese Diagnostica: DPOC						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade	Descrição: : DPOC					
01 CONCENTRADOR						
DE O2						
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		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	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: 12/03/19		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: 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: 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: MARGARIDA AMORIM DE OLIVEIRA

Idade: 74

Data de Nascimento: 07/07/1944

RG: 5.574.438-6

CPF: 895.066.189-68

Cartão SUS: 708 1015 8931 3339

Endereço: AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO APTO 0001

N.º 1356

Bairro: CENTRO

CEP: 86990-000

Cidade/ Mairiá

Telefone:

Cel.: 998193242

e-mail:

Ponto de referência: PROXIMO A PRAÇA DA RODOVIÁRIA

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: CAMILA OLIVEIRA ARAUDO

Fone: 99746-9504

CPF do Responsável.: 096.464.219-03

Rg. 13.107.081-0

Hipótese Diagnostica: APNEIA

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: : 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:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		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:					

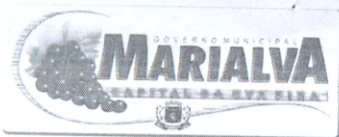
Obs.:

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

Data: 04/01/19

Horário da solicitação: 16:10

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 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: SÍTIO SÃO JOÃO

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99839-5461

e-mail:

Ponto de referência: última 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 Diagnóstica: 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

01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: TROMBOEMBOLISMO 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:	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: 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	A	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:	A	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 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 Diagnóstica: DPOC						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: PACIENTE PORTADORA DE DPOC				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 31/08/18		Horário da solicitação: 08:15		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES							
Idade: 38			Data de Nascimento: 02/02/1979				
RG: 6.891.999-1			CPF: 008.805.559-04				
Cartão SUS: 708 5063 3851 4571							
Endereço: RUA PROFESSORA DORALICE PARPINELLI					N.º 8		
Bairro: JARDIM GRUDTNER		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99942-1596		e-mail:			
Ponto de referência: PROXIMO POSTO DE SAÚDE DO JARDIM ITAMARATI							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: A MESMA				Fone: 44-99942-1596			
CPF do Responsável.:				Rg.			
Hipótese Diagnostica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC SOLICITO OXIGÊNIO DOMICILIAR NA CRISE DE DISPNEIA					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	2H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 21/11/17		Horário da solicitação: 14:30		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: 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



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: 133/2019

Data : 10/06/2019

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 3.432,00

NºAutenticação: 04AF5EFC3C28D127