



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: 5220 / 2019 Ordinário Data: 07/06/2019 Página 1 / 2

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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

Insc. Est.:

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Tipo de Licitação: Pregão
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Nº Licitação.....: 37/2018
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Nº NAD.....: 5320
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº Convênio:/
Reduzido: 447	
F. de Recurso: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLÍCIA 01510	
Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	

Dotação Inicial

2.341.885,00

Saldo Anterior

1.882.480,69

Valor

3.289,00

Saldo Atual

1.879.191,69

HISTÓRICO: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde, para pacientes acamados.

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	23,00	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; I) RECARGA DE OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO,	143,00	3.289,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	3.289,00
------------------	------------------	------	---------------------	----------

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

Credor: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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: 5220 / 2019 Ordinário Data: 07/06/2019 Página 2 / 2

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Tipo de Licitação:
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Pregão
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Nº Licitação.....: 37/2018
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº NAD.....: 5320
F. de Recurso: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLÍCIA 01510	Nº Convênio:/
Reduzido: 447	
Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	

Dotação Inicial

2.341.885,00

Saldo Anterior

1.882.480,69

Valor

3.289,00

Saldo Atual

1.879.191,69

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
------	-----	----	---------------	---------------	------------

SENDO CILINDRO COM AUTONOMIA DE 08 (OITO) HORAS POR RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400 WATTS.

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.289,00

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

VitalAire

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

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DATA DE EMISSÃO: 10/06/2019 DOCTO: 0002072
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 10/07/2019

LOCATÁRIO: 438668 MUNICIPIO DE MARIALVA
ENDEREÇO: RUA SANTA EFIGENIA, 680
CENTRO - MARIALVA - PR - Insc.Est.: ISENTO
CEP: 86990-000 - CNPJ/CPF : 76.282.680/0001-45

Quantidade	Referência	Descrição	Unid.	Unitário	
				Unitário	TOTAL
3	895867	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA PARA N	143	143,00	429,00
2	895868	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220VCOM OPI - EVERF	143	143,00	286,00
2	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	286,00
15	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2145,00
1	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	143,00
AQUISIÇÃO - de acordo com: ☐ CONVITE ☐ TOMADA DE PREÇO ☐ CONCORRÊNCIA ☒ PREGÃO C. <u>110</u> ☐ DISPENSA ☐ INEXIGIBILIDADE Nº <u>33/18</u> DE <u>1/1</u>				45,00	45,00
				143,00	143,00
				143,00	143,00
				143,00	143,00
José Orlando Benedetti Villa Secretário Municipal de Saúde Marialva-PR Decreto 5.637/17				TOTAL DESTA NCIA	

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

MUNICIPIO DE MARIALVA 37-037.197-84-87 PERIODO FAT 01/05/19 A 31/05/19
EMPENHO 5220/2019 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.

R\$

3 289,00

Despesas Empenhadas

Início > Fornecedor > Despesas Empenhadas > Detalhes - Empenho: 5220 / 2019 - AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Empenho

Empenho: 5220/2019
Data Emissão: 07/06/2019
Nº Licitação: 37/2018
Nº Contrato: 110/2018
Espécie: Ordinário
Modalidade: Pregão
Nº Processo: 72/2017
Objeto do Contrato: Aquisição de cargas de nitrogênio líquido e locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde

Fornecedor

Nome: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA
CNPJ/CPF: 00331788004106
Endereço: Comercial: RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249 - - CEP: 87055406 - MARINGA - PR

Programática

Programática: 07.002.10.302.0008.2.052.3.3.90.39.00.00.
Fonte de Recurso: 1510 - TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLÍCIA

Detalhes da Programática

Valores

Empenhado: 3.289,00
Anulado: 0,00
Liquidado: 0,00
Retido: 0,00
Valor Pago: 0,00
A Pagar: 3.289,00

Justificativa / Histórico

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

Data	Descrição	Nº Documento	Valor	Valor a Liquidar	Pagar
07/06/2019	Empenho	Emp: 5220	3.289,00	3.289,00	

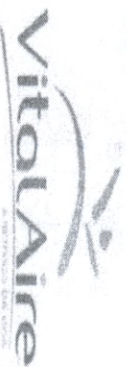
Sequencia	Especificação	Quantidade	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³: A) FLUXO: 0,5 A 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA 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 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.	23,00	UNID.	143,00	3.289,00
		Total:		23,00	143,00

Não possui anulações.

Sem registros.

Sem registros.

Não possui pagamentos.



Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Sduc. 5959

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)
438668 MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/05/2019 a 31/05/2019	3.289,00	
Paciente Nome	Dt. Admissão			
609910 ANA CAROLINA TREVIZZAN	07/11/2018			
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt. Qtd Eqp/Cil
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V COM OPI -	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000 1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão			
591529 BENEDITO ALVES GOULART	29/05/2018			
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt. Qtd Eqp/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000 1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão			
528882 BRAZ BURANELLO	24/10/2016			
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt. Qtd Eqp/Cil
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000 1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão			
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL	24/03/2015			
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt. Qtd Eqp/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000 1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão			
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA	09/06/2016			
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt. Qtd Eqp/Cil
399 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000 1,00000

-tda.

Prr
- Página 1

José Orlando Benediti Vilas
Secretário Municipal de Saúde
Marialva-PR
Decreto 5.337/17

Programa: AL1318
Emissão em as

Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Paciente Nome	480491 ELVIA GORRAO CHINEN	Dt. Admissão	01/09/2015	Data Final	31/05/2019	Qtd. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtd Eqp/Cil	1,00000
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Início	01/05/2019								

Paciente Nome	587206 ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA	Dt. Admissão	16/04/2018	Data Final	31/05/2019	Qtd. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtd Eqp/Cil	1,00000
Produto Descrição	895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V COM OPI -	Data Início	01/05/2019								

Paciente Nome	590333 EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS	Dt. Admissão	07/05/2018	Data Final	31/05/2019	Qtd. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtd Eqp/Cil	1,00000
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Início	01/05/2019								

Paciente Nome	624007 EULIRIO ALVES DE OLIVEIRA	Dt. Admissão	18/03/2019	Data Final	31/05/2019	Qtd. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtd Eqp/Cil	1,00000
Produto Descrição	896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ. 120V	Data Início	01/05/2019								

Paciente Nome	582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA	Dt. Admissão	21/02/2018	Data Final	31/05/2019	Qtd. Dias	30	VI Unt.	143,00000	Qtd Eqp/Cil	1,00000
Produto Descrição	896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	Data Início	01/05/2019								

Paciente Nome	550853 JOÃO BATISTA CAMPOS	Dt. Admissão	05/05/2017
---------------	----------------------------	--------------	------------

José Orlando Benediti Villa
 Secretário Municipal de Saúde
 Marabá-PR
 Decreto 5.037/17

Emissão em as

Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qt. Dias	VI Unt.	Qt. Equip/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão				
603222 KEILA FABIANA BITENCOURT	24/05/2019				
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qt. Dias	VI Unt.	Qt. Equip/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	24/05/2019	31/05/2019	7	143,00000	1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão				
617237 MARGARIDA AMORIM DE OLIVEIRA	08/01/2019				
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qt. Dias	VI Unt.	Qt. Equip/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão				
595905 MARIA ANGELA PINTO	29/06/2018				
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qt. Dias	VI Unt.	Qt. Equip/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão				
544327 MARIA DO CARMO CORREIA	07/03/2017				
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qt. Dias	VI Unt.	Qt. Equip/Cil
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000
Paciente Nome	Dt. Admissão				
10834 MARIA JOANA DOS SANTOS	09/11/2018				
Produto Descrição	Data Início	Data Final	Qt. Dias	VI Unt.	Qt. Equip/Cil
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000

Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

Paciente Nome		Dt. Admissão			
474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA		23/09/2016			
Produto Descrição		Data Início			
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/05/2019			
Data Final		Qt. Dias		VI Unt. Qt. Equip/Cil	
31/05/2019		30		143,00000 1,00000	
Paciente Nome		Dt. Admissão			
593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS		18/06/2018			
Produto Descrição		Data Início			
895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F		01/05/2019			
Data Final		Qt. Dias		VI Unt. Qt. Equip/Cil	
31/05/2019		30		143,00000 1,00000	
Paciente Nome		Dt. Admissão			
570577 RAUL CARVALHO VICENTE		20/10/2017			
Produto Descrição		Data Início			
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/05/2019			
Data Final		Qt. Dias		VI Unt. Qt. Equip/Cil	
31/05/2019		30		143,00000 1,00000	
Paciente Nome		Dt. Admissão			
569934 SATURNINO LANZA		13/10/2017			
Produto Descrição		Data Início			
896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V		01/05/2019			
Data Final		Qt. Dias		VI Unt. Qt. Equip/Cil	
31/05/2019		30		143,00000 1,00000	
Paciente Nome		Dt. Admissão			
604670 SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS		14/09/2018			
Produto Descrição		Data Início			
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI		01/05/2019			
Data Final		Qt. Dias		VI Unt. Qt. Equip/Cil	
31/05/2019		30		143,00000 1,00000	

Paciente Nome

474642 MARIA RODRIGUES DE LIMA

Produto Descrição

896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Paciente Nome

593843 MILEIDE MARTINS DOS SANTOS

Produto Descrição

895867 CONCENTRADOR AIRSEP 5L 120V COM SAIDA F

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Paciente Nome

570577 RAUL CARVALHO VICENTE

Produto Descrição

896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Paciente Nome

569934 SATURNINO LANZA

Produto Descrição

896053 CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Paciente Nome

604670 SEBASTIANA BARBOSA DOS SANTOS

Produto Descrição

896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

23/09/2016

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

18/06/2018

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

20/10/2017

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

13/10/2017

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

14/09/2018

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,00000 1,00000

Dt. Admissão

01/05/2019

Data Início

01/05/2019

Data Final

31/05/2019

Qt. Dias

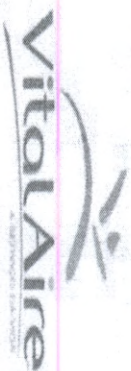
30

VI Unt. Qt. Equip/Cil

143,0000

Paciente Nome

Dt. Admissão



Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

573722	SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES	22/11/2017							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	Qtd Equip/Cil			
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000			
Paciente	Nome	Dt. Admissão							
528488	VICENTINA DA SILVA BERNARDINO	19/10/2016							
Produto	Descrição	Data Início	Data Final	Qtd. Dias	VI Unt.	Qtd Equip/Cil			
896099	CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/05/2019	31/05/2019	30	143,00000	1,00000			

Vitalaire - Conf. Faturamento - Locação - Preço Cheio

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	2	143	286
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	16	143	2.288,00
TOTAL		143	3.289,00
TOTAL PACIENTES	23		

Conteúdo

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: ANA CAROLINA TREVIZZAN

Idade: 33

Data de Nascimento: 14/11/1984

RG: 8.624.101-3

CPF: 056.868.549-04

Cartão SUS: 708 2071 4382 8546

Endereço: ESTRADA CARANÁ KM 18

N.º

Bairro: DISTRITO DE CAMBUÍ

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: 30586770

Cel.: 988515894

e-mail:

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

variável

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: 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 Diagnostica: 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: Secretária Mui de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: CARLOS EDENEI TEIXEIRA						
Idade: 47		Data de Nascimento: 10/01/1969				
RG:		CPF: 708.293.149-20				
Cartão SUS: 700 8054 0598 5586						
Endereço: Rua Marina Simões Costa					N.º 111	
Bairro: Jardim Presidente		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 99541480/ 98165154		e-mail:		
Ponto de referência:						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: Jeferson Castro Teixeira				Fone: 99541480		
CPF do Responsável.: 059.075.119-07				Rg.		
Hipótese Diagnóstica: Acamado com traqueostomia, pós trauma craniano.						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade		Descrição: macronebulização contínua pela traqueostomia.				
01 Concentrador O2						
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 08/06/2016		Horário da solicitação: 14:00		Requisitante: Secretaria Mul de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: 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: _____ S _____						
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 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC C/ HOPOXIA GRAVE					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	3 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 12/04/18		Horário da solicitação: 10:05		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS						
Idade: 3 MESES		Data de Nascimento: 23/01/2018				
RG: -		CPF: -				
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566						
Endereço: AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO					N.º 133	
Bairro: CENTRO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone: -		Cel.: 44-99838-6348		e-mail:		
Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR DO CAZELATTO						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: CLAUDEJANIA RODRIGUES SOARES				Fone: 44-99838-6348		
CPF do Responsável.: 091.178.414-45				Rg. 13.776.451-2		
Hipótese Diagnóstica: SÍNDROME EDWARDS						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: SÍNDROME EDWARDS, TRAQUEOSTOMIZADA E GASTROSTOMIA				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	4 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	4 L/min	Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4 L/min	
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oximetro
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

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 Romar
Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VIT' LAIRE

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 Diagnostica: 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 Rorion Telefone (44) 3230 1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VIT. ALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: KEILA FABIANA BITENCOURT

Idade: 34

Data de Nascimento: 14/06/1984

RG: 9.776.621-5

CPF: 057.998.279-37

Cartão SUS: 708 4077 1622 7366

Endereço: RUA DAS MARGARIDAS

N.º 140

Bairro: JARDIM TROPICAL

CEP: 86990-000

Cidade/ MARIALVA

ALAIRE

Telefone:

Cel.: 99989-1964

e-mail:

Ponto de referência: Proximo ao açougue do Marcos Pintado

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: Ezilda de Fátima Quinalha

Fone: 99989-1964

CPF do Responsável.: 016.595.079-01

Rg.

Hipótese Diagnostica: CARCINOMA DE PULMÃO

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: CARCINOMA DE PULMÃO

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: 23/05/19

Horário da solicitação: 10:00

Requisitante: Secretaria de Saúde

Nome: Marcelo Romão

Telefone (44) 3132-1151



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 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE APÓS EXARCEBAÇÃO MATENDO HIPOXEMIA				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	1 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/MIN	Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5 L/MIN	
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 27/06/18		Horário da solicitação: 13:45		Requisitante: Secretária de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA 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 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 VITALAIFE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MILEIDE MARTINS DOS SANTOS

Idade: 62

Data de Nascimento: 15/08/1955

RG: 5.293.226-2

CPF: 031.494.869-47

Cartão SUS: 706 5083 6634 2394

Endereço: RUA RIKISABURO ITO

N.º 171

Bairro: JARDIM INTERCLUBE

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone: -

Cel.: 44-99928-7073

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO ACEM

Outros

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 Diagnóstica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: DPOC GRAVE HIPOXÊMIA COM DISPNEIA NO ESFORÇO

RE

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CFAP	
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.:

de sensor

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) 3230-1151		



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITACALIRE

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 ALAIRE		
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) 3224.1151		



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: Secretária de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 323-1133		



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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: 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

atr

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: ANDREIA DA SILVA BERNARDINO

Fone: 9801-1537

CPF do Responsável.: 068.717.009-51

Rg. 10.034.424-6

Hipótese Diagnostica: DPOC.

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC

01 Concentrador O2

Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 14/10/2016

Horário da solicitação: 09:20

Requisitante: Secretaria Municipal 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: MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 998193242		e-mail:		
Ponto de referência: PROXIMO A PRAÇA DA RODOVIÁRIA						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: CAMILA OLIVEIRA ARAUDO				Fone: 99746-9504		
CPF do Responsável.: 096.464.219-03				Rg. 13.107.081-0		
Hipótese Diagnostica: APNEIA						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 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 MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 04/01/19		Horário da solicitação: 16:10		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151		



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 2278-0

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

Lote nº: 150/2019

Data : 26/06/2019

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 3.289,00

Nº Autenticação: 3A7DE5613BB52C75