



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: 2374 / 2019 Ordinário Data: 15/03/2019 Página 1 / 2

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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

Insc. Est.:

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

Reduzido: 446

F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERC 01303

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 2419

Nº Convênio:/

Dotação Inicial

1.600.000,00

Saldo Anterior

1.102.829,61

Valor

3.575,00

Saldo Atual

1.099.254,61

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

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

1	25,00	UNII	LOCAÇÃO MENSAL CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³ : A) FLUXO: 0,5 À 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO: QUEDA, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE O² FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ; I) RECARGA DE OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO,	143,00	3.575,00
---	-------	------	---	--------	----------

Local de Entrega

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

3.575,00

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

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

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

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

Marialva, de de

ELTON JONES CAPARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque



PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

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

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 2374 / 2019 Ordinário Data: 15/03/2019 Página 2 / 2

Credor: 101816 AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

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

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

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

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERC 01303

Reduzido: 446

Desdobramento: 12 00 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Tipo de Licitação:

Pregão

Nº Licitação.....: 37/2018

Nº NAD.....: 2419

Nº Convênio: /

Dotação Inicial

1.600.000,00

Saldo Anterior

1.102.829,61

Valor

3.575,00

Saldo Atual

1.099.254,61

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:

3.575,00

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****CNPJ: 76282680000145****Paraná****Exercício: 2019****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****2690 / 2019****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 14/03/2019****Página 1 / 2****Fornecedor: 101816 - AIR LIQUIDE BRASIL LTDA****CNPJ: 00.331.788/0041-06****Insc. Estadual:****Endereço: RUA PIONEIRA GERTRUDE HECKFRITZEN, 249****Bairro: JARDIM BERTIOGA Cidade: MARINGA - PR****CEP: 87.055-406****Telefone: 44-3266-6150**

Órgão: 07	SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Processo:	/
Unid. Orçamentária: 07.002.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Modalidade:	Pregão
Função: 10	Saúde	Nº Licitação:	37 / 2018
Sub Função: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Nº Contrato:	110 / 2018
Programa: 0008	SAÚDE NINGUÉM FICA SEM	Termínio:	19/06/2019
Projeto/Atividade: 2052	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Data Publicação:	21/06/2018
Nat. da Despesa: 3.3.90.39.	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Homologação:	19/06/2018
Desdobramento: 12	LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	ID Contrato:	2018110
SubDesdobramento: 00		Subvenção:	/
Fonte de Recurso: 01303	SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO CC	Cód. do Bem:	
Recurso:	Próprio		
Contrapartida:	Não	Reduzido: 446	Convênio Nº.: /

JUSTIFICATIVA: Locação de concentrador de O2, destinados a Secretaria Municipal de Saúde.**PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA:** 1 Dias**LOCAL DE ENTREGA:** nos locais indicados na ordem de compra**FORMA DE PAGAMENTO:** no prazo de 30 dias após entrega da fatura

Ord.	Item	Descrição	Marca	Unidade	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	104205	LOCAÇÃO MENSAL. CONCENTRADORES DE O2, ACOMPANHADO DE OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL DE 4 A 10M³: A) FLUXO: 0,5 À 5 LITROS POR MINUTO; B) CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO ACIMA DE: 93%; C) MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS; D) DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS IGUAIS OU MENORES QUE 0,5 LITROS POR MINUTO; E) FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRAS, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; F) SISTEMA DE ADAPTAÇÃO PARA UMIDIFICADOR; G) SISTEMA DE ALARMES VISUAL E SONORO, PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO: QUEDA, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE O² FORA DOS PARÂMETROS; H) ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA REDE DE 110/127VOLTS/60HZ OU 220-230VOLTS/60HZ; I) RECARGA DE OXIGENIO MEDICINAL DE ATÉ 03 (TRÊS) POR ANO, SENDO CILINDRO COM AUTONOMIA DE 08 (OITO) HORAS POR RECARGA, COM CONSUMO MENSAL DE ENERGIA ENTRE 300-400 WATTS.	PHILIPS	UNID.	25,00	143,0000	3.575,00

Total: 3.575,00



PREFEITURA DE MARIALVA

CNPJ: 76282680000145

Paraná

Exercício: 2019

SOLICITAÇÃO DE DESPESA

2690 / 2019

Espécie: Ordinário

Data de Emissão: 14/03/2019

Página 2 / 2

Marcelo Romão
Responsável pela Elaboração

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

Claudio Virgentin
Secretário Municipal de Administração

Contratante Nome	Local Entrega	Período	TOTAL FAT	Desc(%)	TOTAL LIO
438668 MUNICIPIO DE MARIALVA	440083 - MARIALVA	01/02/2019 a 28/02/2019	3.718,00		3718,00000
Paciente Nome		Dt. Admissão			
609910 ANA CAROLINA TREVIZZAN		07/11/2018			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V/COM OPI -	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580003
Paciente Nome		Dt. Admissão			
591911 BENEDITA NERCIZO PELISSARI		22/05/2018			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580002
Paciente Nome		Dt. Admissão			
591529 BENEDITO ALVES GOULART		29/05/2018			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 17768
Paciente Nome		Dt. Admissão			
528882 BRAZ BURANELLO		24/10/2016			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 120V COM SAIDA F	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 14529
Paciente Nome		Dt. Admissão			
460823 CAMILA PEREIRA AMARAL		24/03/2015			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580003
Paciente Nome		Dt. Admissão			
511960 CARLOS EDENEI TEIXEIRA		09/06/2016			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 12803
Paciente Nome		Dt. Admissão			
480491 ELVIA GORRAO CHINEN		01/09/2015			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 5924
Paciente Nome		Dt. Admissão			
587206 ELZA CARMARGO DE ALMEIDA CORCOVIA		16/04/2018			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
895868 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 220V/COM OPI -	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580002
Paciente Nome		Dt. Admissão			
590333 EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS		07/05/2018			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580002
Paciente Nome		Dt. Admissão			
567081 LIMA ROCHA BRUNA		20/09/2017			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580002
Paciente Nome		Dt. Admissão			
582584 IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA		21/02/2018			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580002
Paciente Nome		Dt. Admissão			
550853 JOÃO BATISTA CAMPOS		05/05/2017			
Produto Descrição		Data Início	Qtd Dias	Vi Unt.	Vi. Unit Cota Unit Taxa Qtd Eqp/Cil Vi. Total Cota Vi. Total Taxa Valor Total Série NF. Remessa
896099 CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI	01/02/2019	28/02/2019	30	143,00000	0,00000 0,00000 0,00000 1,00000 0 0 143,0000 580002

ssa 02	
ssa 02	
ssa 03	
ssa 02	
ssa 03	
ssa 03	
ssa 02	
ssa 02	
ssa 02	
ssa 02	

४८

Resumo do Faturamento

Produto Descrição	Quantidade	Preço Locação	Valor Total
895867 CONCENTRADOR AIRSEP SL 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	18	143	2.574,00
TOTAL PACIENTES	26	TOTAL	3.718,00

25

= 3.575,00

cancelado

Marcelo A. Romão
gerente de Auditoria
Marília - PR

José Orlando Benedetti Villa
Secretário Municipal de Saúde
Marília - 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 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 Diagnóstica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

Descrição: DPOC

01 CONCENTRADOR

DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	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
RG:
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

CPAP

/ CONCENTRADOR

Modo Ventilatório

Modo Ventilatório

Fluxo em Repouso:

2L/min

Pressão:

VC

VC

Fluxo durante o Sono:

Rampa:

FR:

IPAP:

Fluxo aos esforços:

Pressão:

IPAP MAX:

Uso: horas/dia

12h/dia

T Inspir:

IPAP MIN:

Via de Utilização:

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: EMANOELLE RODRIGUES DOS SANTOS							
Idade: 3 MESES		Data de Nascimento: 23/01/2018					
RG: -		CPF: -					
Cartão SUS: 898 0058 3532 6566							
Endereço: AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO					N.º 133		
Bairro: CENTRO		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99838-6348		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR DO CAZELATTO							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: CLAUDEJANIA RODRIGUES SOARES				Fone: 44-99838-6348			
CPF do Responsável.: 091.178.414-45				Rg. 13.776.451-2			
Hipótese Diagnóstica: SÍNDROME EDWARDS							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: SÍNDROME EDWARDS, TRAQUEOSTOMIZADA E GASTROSTOMIA					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	4 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	4 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	(X)	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 16/04/18		Horário da solicitação: 15:05		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: 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 P. ANALTO		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: ILMA ROCHA BRUNA

Idade: 64

Data de Nascimento: 15/09/1953

RG: 4.013.458-1

CPF: 047.532.989-90

Cartão SUS: 702 6032 5847 4740

Endereço: RUA ONOFRE CORDEIRO DA SILVA

N.º 209

Bairro: CONJUNTO ANTONIO GARCIA SANCHES

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99761-1731

e-mail:

Ponto de referência: EM FRENTE POSTO DE SAUDE

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: LUCIANA ROCHA

Fone: 44-99761-1731

CPF do Responsável: 055.053.719-87

Rg: 7.386.371-6

Hipótese Diagnostica: DPOC

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade
01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: DPOC

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 18/09/17

Horário da solicitação: 08:25

Requisitante: Secretaria de Saúde

Nome: Marcelo Romão

Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: IVONE SUMIKO FUJII KURUSHIMA	
Idade: 63	Data de Nascimento: 27/10/1954
RG: 1.245.839-8	CPF: 433.770.179-98
Cartão SUS: 702 8081 2334 8669	
Endereço: RUA MANOEL CHAMORRO	
N.º 195	
Bairro: JARDIM SALEM CHADE	CEP: 86990-000
Cidade: MARIALVA	
Telefone: -	Cel.: 44-99979-5229
e-mail:	
Ponto de referência: ATRÁS DO CAMPO DE FUTEBOL	
Local de entrega: RESIDENCIA	
Em caso de emergência/contato:	
Responsável pelo paciente: KAZUOKI KURUSHIMA	Fone: 44-99979-5229
CPF do Responsável.:	Rg.
Hipótese Diagnostica: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA	

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: ICC, CARDIOPATIA HIPOXÊMICA
01 CONCENTRADOR DE O2	

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	16H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 20/02/18

Horário da solicitação: 09:30

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: JOÃO MARCHIORI SOBRINHO

Idade: 75

Data de Nascimento: 01/03/1942

RG: 3.461.732-5

CPF: 046.492.149-04

Cartão SUS: 705 6004 3200 2812

Endereço: RUA JOÃO SIMÕES DA SILVA

N.º 182

Bairro: JARDIM PARAISO

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99824-7293

e-mail:

Ponto de referência: PRÓXIMO AO BAR (ULTIMO GOLE)

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente:

Fone: 44 99824-7293

CPF do Responsável: 863.378.159-04

Rg. 4.304.366-8

Hipótese Diagnóstica: DPOC E ASMA

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade
01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: DPOC E ASMA SENTI MTA FALTA DE AR NO PERÍODO NOTURNO

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18 H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 12/09/17

Horário da solicitação: 14:10

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: JOSÉ CARRARI							
Idade: 90		Data de Nascimento: 29/03/1927					
RG: 594666		CPF: 087.969.639-72					
Cartão SUS: 704 8050 6819 2449							
Endereço: RUA JOSÉ VOLPATO						N.º 415	
Bairro: CONJUNTO MARIALVA II		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99935-4868		e-mail:			
Ponto de referência: PROXIMO A SORVETERIA							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: CLAUDINETE DE FATIMA CARRARO GOLINE				Fone: 99935-4868			
CPF do Responsável.: 042.871.259-24				Rg.			
Hipótese Diagnostica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 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:	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: 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: 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

Descrição: : APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

01 CONCENTRADOR

DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA ANGELA PINTO		
Idade: 86	Data de Nascimento: 10/08/1931	
RG: 3.471.508-4	CPF: 529.066.129-87	
Cartão SUS: 706 0083 5108 6320		
Endereço: RUA JOÃO PASCHOINI N.º 420		
Bairro: JARDIM SÃO PEDRO	CEP: 86990-000	Cidade: MARIALVA
Telefone: -	Cel.: 44-99945-4441	e-mail:
Ponto de referência: PRÓXIMO AO CONDOMÍNIO BELLA VISTA		
Local de entrega: RESIDÊNCIA		
Em caso de emergência/contato:		
Responsável pelo paciente: APARECIDO SAVEDA		Fone: 44-99945-4441
CPF do Responsável: 449.297.229-34		Rg. 3525913-9
Hipótese Diagnóstica: DPOC GRAVE		

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2	Descrição: DPOC GRAVE APÓS EXARCEBAÇÃO MATENDO HIPOXEMIA
--	--

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	1 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2 L/MIN	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5 L/MIN		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 27/06/18

Horário da solicitação: 13:45

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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

Dados Cadastrais do Paciente

Nome do Paciente: MARIA DO CARMO CORREIA

Idade: 50

Data de Nascimento: 16/02/1967

RG: 5.377.624-8

CPF: 768.936.168-72

Cartão SUS: 703 2006 5373 5593

Endereço: ESTRADA MARIALVA KM 20 Distrito de Cambuí

N.º

Bairro: SITIO SÃO JOÃO

CEP: 86990-000

Cidade: MARIALVA

Telefone:

Cel.: 44-99839-5461

e-mail:

Ponto de referência: ultima entrada antes da ponte do Rio Marialva, casa na beira da estrada

Local de entrega: RESIDENCIA

Em caso de emergência/contato:

Responsável pelo paciente: ALEX SANDRO BEACHUK

Fone: -99839-5461

CPF do Responsável: 077.232.039-00

Rg: 5.985.227 SSPSC

Hipótese Diagnostica: DPOC GRAVE

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade

01 CONCENTRADOR
DE O2

Descrição: DPOC GRAVE COM MTA FALTA DE AR

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	2L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	2L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	18h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					

Obs.:

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

Data: 06/03/17

Horário da solicitação: 11:10

Requisitante: 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 EVA DA SILVA GABANETTI						
Idade: 86		Data de Nascimento: 21/09/1932				
RG: 4.886.027-4		CPF: 162.309.901-30				
Cartão SUS: 706 8092 0962 7926						
Endereço: RUA TRAVESSA FERNANDO BRESSA						N.º 70
Bairro: JARDIM SHENANDOHA		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA		
Telefone:		Cel.: 999353937		e-mail:		
Ponto de referência: SAIDA PRA MANDAGUARI PRÓXIMO A CASA DA UVA						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: MARIA APARECIDA PEREIRA				Fone: 999353937		
CPF do Responsável.: 007.789.929-69				Rg. 7.642.195-1		
Hipótese Diagnóstica: DPOC						
Dados da Solicitação: (material x equipamento)						
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: : DPOC				
Motivo da solicitação:						
Motivo da retirada:						
Dados da Prescrição Médica:						
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()						
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24 HORAS	
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil ()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto ()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()	
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()	
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2		
		Corrente Alvo:				
		Sensibilidade:				
Obs.:						
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE						
Data: 14/01/19		Horário da solicitação: 09:20		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 Diagnóstica: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Dados da Solicitação: (material x equipamento)

Quantidade	Descrição: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
01 CONCENTRADOR	
DE O2	

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 08/11/18

Horário da solicitação: 08:40

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

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



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: MILEIDE MARTINS DOS SANTOS							
Idade: 62		Data de Nascimento: 15/08/1955					
RG: 5.293.226-2		CPF: 031.494.869-47					
Cartão SUS: 706 5083 6634 2394							
Endereço: RUA RIKISABURO ITO					N.º 171		
Bairro: JARDIM INTERCLUBE		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone: -		Cel.: 44-99928-7073		e-mail:			
Ponto de referência: PRÓXIMO ACEM							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ITAMAR CASSIO MARTINS DOS SANTOS				Fone: 44-99917-4752			
CPF do Responsável: 029.246.819-95				Rg. 7.380.035-8			
Hipótese Diagnóstica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC GRAVE HIPOXÊMIA COM DISPNEIA NO ESFORÇO					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	3 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:			
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	CONTINUO		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 08/06/18		Horário da solicitação: 08:37		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: RAUL CARVALHO VICENTE							
Idade: 72		Data de Nascimento: 18/08/1945					
RG: 593576-8		CPF: 204.902.839-34					
Cartão SUS: 701 2080 2991 9310							
Endereço: RUA FORMOSA					N.º 1220		
Bairro: VILA BRASIL		CEP: 86990-000		Cidade/ MARIALVA			
Telefone:		Cel.: 44-99969-0370		e-mail:			
Ponto de referência: AO LADO DA PADARIA ESQUINA A CASA DA CULTURA							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: FATIMA SEVERIANO VICENTE				Fone: 44-99969-0370			
CPF do Responsável.: 911.252.869-20				Rg. 5.391.088-2			
Hipótese Diagnostica: DPOC							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade 01 CONCENTRADOR DE O2		Descrição: DPOC MTA FALTA DE AR					
Motivo da solicitação:							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2 L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:	3L/min	Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	5 L/min		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24H/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	(X)	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Cilindro de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 19/10/17		Horário da solicitação: 15:10		Requisitante: Secretaria de Saúde Nome: Marcelo Romão Telefone (44) 3232-1151			



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros	
Dados Cadastrais do Paciente							
Nome do Paciente: 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

Descrição: PACIENTE PORTADORA DE DPOC

01 CONCENTRADOR

DE O2

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Dados da Prescrição Médica:

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

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

Obs.:

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

Data: 31/08/18

Horário da solicitação: 08:15

Requisitante: Secretaria de Saúde

Nome: Marcelo Romão

Telefone (44) 3232-1151



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente						
Nome do Paciente: SOFIA MARA SANCHES PEDRO PIRES						
Idade: 38		Data de Nascimento: 02/02/1979				
RG: 6.891.999-1		CPF: 008.805.559-04				
Cartão SUS: 708 5063 3851 4571						
Endereço: RUA PROFESSORA DORALICE PARPINELLI						N.º 8
Bairro: JARDIM GRUDTNER		CEP: 86990-000		Cidade: MARIALVA		
Telefone: -		Cel.: 44-99942-1596		e-mail:		
Ponto de referência: PROXIMO POSTO DE SAÚDE DO JARDIM ITAMARATI						
Local de entrega: RESIDENCIA						
Em caso de emergência/contato:						
Responsável pelo paciente: A MESMA				Fone: 44-99942-1596		
CPF do Responsável.:				Rg.		
Hipótese 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 Alar.ne		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							
Local de entrega: RESIDENCIA							
Em caso de emergência/contato:							
Responsável pelo paciente: ANDREIA DA SILVA BERNARDINO				Fone: 9801-1537			
CPF do Responsável.: 068.717.009-51				Rg. 10.034.424-6			
Hipótese Diagnostica: DPOC.							
Dados da Solicitação: (material x equipamento)							
Quantidade		Descrição: DPOC					
01 Concentrador O2							
Motivo da solicitação: Muita falta de ar, pelo diagnóstico							
Motivo da retirada:							
Dados da Prescrição Médica:							
Tensão Elétrica do local da instalação: 110V (X) 220V ()							
VENTILADOR		BILEVEL		OXIGÊNIO / CONCENTRADOR		CPAP	
Modo Ventilatório		Modo Ventilatório		Fluxo em Repouso:	2L/min	Pressão:	
VC		VC		Fluxo durante o Sono:		Rampa:	
FR:		IPAP:		Fluxo aos esforços:	4L/MIN		
Pressão:		IPAP MAX:		Uso: horas/dia	24h/dia		
T Inspir:		IPAP MIN:		Via de Utilização:		Oxímetro:	
T Expir:		EPAP:		Cânula Nasal	()	Tipo de sensor	
P.S.		FR:		Máscara de Nebulização	()	Infantil	()
Sensibilidade:		TI:		Traqueostomia	()	Adulto	()
PEEP:		Rise Time:		Máscara Nasal	()		
% O2		RAMPA:		Máscara Facial	()		
Parâmetros de Alarme		Volume		Concentrador de O2			
		Corrente Alvo:					
		Sensibilidade:					
Obs.:							
Custos por conta da empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA – SECRETARIA DE SAÚDE							
Data: 14/10/2016		Horário da solicitação: 09:20		Requisitante: Secretaria Mul de Saúde			
				Nome: Marcelo Romão			
				Telefone (44) 3232-1151			

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: 15/03/2019 DOCTO: 0001986
VENDEDOR: 58001 Igor Santetti
COND.OP: 8 - 30 DIAS DA DATA
VENCIMENTO: 14/04/2019

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
2	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	286,00
1	896053	LOCACAO - CONCENTRADOR AIRSEP COM NEBULIZ.120V	143	143,00	143,00
17	896099	LOCACAO - CONCENTRADOR DE OXIGENIO 110V COM OPI - EVE	143	143,00	2.431,00

AQUISIÇÃO - acordo com:

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

Nº 37/18 DE 19/06/18

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

Marcelo A. Romão
Gerente de Auditoria
Marialva - PR

MUNICIPIO DE MARIALVA 37-037.197-84-87 PERIODO FAT 01/02/19 A 28/02/19 LOCAL DE ENTREGA: RUA SANTA EFIGENIA, 680 - CENTRO - 86990000 - MARIALVA - PR Caso necessite de 2 via de boleto entrar em contato com a central de cobrança pelos telefones: (11) 2915-4800 ou 0800-771-6686 opção 4 Cobrança.

TOTAL DESTA NOTA

R\$

3.575,00



Autenticação de Pagamento

Conta Debitada: PREFEITURA DE MARIALVA

Agência: : 22780

Conta : 9431-5 Conta Saúde - Recursos Próprios

Lote nº: 68/2019

Data : 25/03/2019

Conta Creditada AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

Banco: 341 BANCO ITAU S.A.

Agência: 932-

Conta: 57512-9

Valor Pago: 3.575,00

NºAutenticação: D253912B6009DA3E