



# PREFEITURA DE SÃO PAULO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CRS Sudeste ? Setor de Suprimentos

Rua Padre Marchetti, 557, - Bairro Ipiranga - São Paulo/SP - CEP 04266-000  
Telefone: (11) 2915-1857, 2915-1861

### FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL

Processo nº 6018.2026/0104491-0

Órgão interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade interessada: CRS Sudeste ? Setor de Suprimentos

|                                              |                                                           |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Unidade requisitante:</b>                 | SMS/CRS-SE/STS/AF-MO                                      |
| <b>Servidor responsável pela requisição:</b> | Sanny Fabretti Bueno Grosso, Supervisora Técnica de Saúde |
| <b>Telefone:</b>                             | (11) 5108-7910                                            |
| <b>E-mail:</b>                               | sgrosso@PREFEITURA.SP.GOV.BR                              |

#### 1. OBJETO

|                                              |                                                         |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Material de Consumo | <input checked="" type="checkbox"/> Material Permanente |
| Aquisição de CARRO MACA SIMPLES, COM RODAS   |                                                         |

#### 2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Atualmente, a unidade dispõe de divãs e cadeira de rodas para mobilização dos usuários. A sala de emergência está localizada no AE Mooca - Ítalo Le Vocci, com acesso realizado por meio de rampa, o que dificulta o transporte seguro de pacientes, especialmente em situações envolvendo usuários inconscientes ou com importante limitação de mobilidade. 1.3. A disponibilização do equipamento contribuirá para maior segurança dos pacientes e da equipe durante atendimentos e intercorrências, garantindo melhores condições para o manejo e encaminhamento adequado dos usuários

#### 3. ATA DE REGISTRO DE PREÇO PARA ADESÃO?

|               |                |                          |                   |  |
|---------------|----------------|--------------------------|-------------------|--|
| <b>Item 1</b> | (X) Não<br>Sim | <input type="checkbox"/> | <b>Qual o Nº?</b> |  |
|---------------|----------------|--------------------------|-------------------|--|

#### 4. ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO MATERIAL

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| <b>Item 1</b> | Carro maca simples para transporte de pacientes em ambiente médico hospitalar; estrutura em aço tubular em ferro com acabamento em pintura epóxi; com 4 rodízios e sistema de freios; cabeceira regulável por cremalheira; para choque emborrachado; grades laterais rebatíveis; leito estofado em courvin; suporte de soro; especificações aproximadas: 1,90m (comp.) x 0,60m (larg.) x 0,80m (alt.). | <b>Código SUPRI:</b> |  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|

#### 5. QUANTIDADE REQUISITADA

|               |                   |                          |                  |                                |
|---------------|-------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
|               | <b>Quantidade</b> | <b>Unidade de medida</b> | <b>Embalagem</b> | <b>Capacidade da Embalagem</b> |
| <b>Item 1</b> | 01                | UN                       |                  |                                |

#### 6. AMOSTRA

|        | É necessário enviar amostra? | Prazo para entrega da amostra | Prazo para unidade requisitante testar amostra | Agendar entrega pelo telefone | Contato |
|--------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|---------|
| Item 1 | NÃO                          |                               |                                                |                               |         |

## 7. PROGRAMAÇÃO DE ENTREGA DO MATERIAL

|        | Número de Parcelas | Em um mesmo endereço ou diversos? | Endereços        | Telefones | E-mail                            |
|--------|--------------------|-----------------------------------|------------------|-----------|-----------------------------------|
| Item 1 | ÚNICA              | MESMO                             | RUA JARAUARA 702 | 2915-1902 | almoxarifadosudeste@prefeitura.sp |

## 8. INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO

|        | Estoque atual: | Consumo médio mensal: | Previsão de Consumo anual: |
|--------|----------------|-----------------------|----------------------------|
| Item 1 | 0              |                       |                            |

## 9. INFORMAÇÕES DA ÚLTIMA AQUISIÇÃO

|        | Data da última aquisição | Preço unitário | Quantidade | Fornecedor |
|--------|--------------------------|----------------|------------|------------|
| Item 1 |                          |                |            |            |

## 10. RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

|                  |                                          |                 |                         |
|------------------|------------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| <b>Nome:</b>     | Rafael Akira Alves Morine                |                 |                         |
| <b>Telefone:</b> | 2915-1902                                | <b>RF:</b>      |                         |
| <b>E-mail</b>    | almoxarifadosudeste@prefeitura.sp.gov.br | <b>Unidade:</b> | CRS-SE/DAF/ALMOXARIFADO |

|                           |                                       |                 |  |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------------|--|
| <b>Nome Fiscal:</b>       | De acordo com Portaria 11/CRS-SE/2025 |                 |  |
| <b>Cargo do Servidor:</b> |                                       |                 |  |
| <b>Telefone:</b>          |                                       | <b>RF:</b>      |  |
| <b>E-mail</b>             |                                       | <b>Unidade:</b> |  |

|                           |                                       |                          |  |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| <b>Nome Suplente:</b>     | De acordo com Portaria 11/CRS-SE/2025 |                          |  |
| <b>Cargo do Servidor:</b> |                                       |                          |  |
| <b>Telefone Suplente:</b> |                                       | <b>RF Suplente:</b>      |  |
| <b>E-mail Suplente</b>    |                                       | <b>Unidade Suplente:</b> |  |

## 11. TITULAR DA UNIDADE REQUISITANTE

|               |                              |                  |           |
|---------------|------------------------------|------------------|-----------|
| <b>Nome:</b>  | Andreza Aparecida Yabiku     |                  |           |
| <b>E-mail</b> | ayabiku@prefeitura.sp.gov.br | <b>Telefone:</b> | 2915-1860 |

## 12. OBSERVAÇÕES

|                              |
|------------------------------|
| De acordo com TR (163833716) |
|------------------------------|

13. **ENCAMINHAMENTO**



**Danilo Ricardo Alota**  
**Assessor(a) II**  
Em 26/08/2026, às 11:22.



**André Mikio Kondo**  
**Diretor(a) de Divisão Técnica**  
Em 26/08/2026, às 11:44.



**Andreza Aparecida Yabiku**  
**Coordenador(a) II**  
Em 26/08/2026, às 14:34.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://processos.prefeitura.sp.gov.br>, informando o código verificador **163833856** e o código CRC **7D93794D**.

**Referência:** Processo nº 6018.2026/0104491-0

SEI nº 163833856