



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Suprimentos

Rua Doutor Virgílio de Carvalho Pinto, 519, - Bairro Pinheiros - São Paulo/SP - CEP 05415-030

Telefone: (11) 3078 - 6883

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL

Processo nº 6018.2026/0010127-8

Órgão interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade interessada: Suprimentos

Unidade requisitante:	CRS OESTE / DAF / SUPRIMENTOS
Servidor responsável pela requisição:	FABIANA PIRES DE CAMPOS RODRIGUES ALVES - RF 7465220
Telefone:	5128-1466
E-mail:	fborsandi@prefeitura.sp.gov.br

1. OBJETO

<input checked="" type="checkbox"/> Material de Consumo	<input type="checkbox"/> Material Permanente
---	--

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Encaminho a Requisição (149957017) e solicito autorização para a aquisição de *formocresol* utilizado pelas Equipes de Saúde Bucal na realização dos procedimentos odontológicos em *Unidades de Saúde e de especialidades pertencentes a CRS - Oeste*. O quantitativo para a aquisição nos foi informado por e-mail pela Assessoria Técnica de Saúde Bucal (149956927). Apresentamos os dados do sistema SUPRI (149956992), porém acatamos ao dimensionamento solicitado pela Assessoria.

Previsão de consumo para aproximadamente 12 meses.

3. ATA DE REGISTRO DE PREÇO PARA ADESÃO?

Item 1	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 2	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 3	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 4	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 5	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 6	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 7	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 8	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 9	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	
Item 10	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o Nº?	

4. ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO MATERIAL

Item 1	<p><i>Formocresol, composição formaldeído orto-cresol, concentração 19% a 35% aproximadamente, veículo em solução glicerinada (Apresentação: frasco). É necessário Registro do produto na ANVISA e o fornecedor deve apresentar o AFE e a licença sanitária local para fornecimento do produto do órgão competente. O produto deve ser entregue com no mínimo 2/3 do prazo de validade total.</i></p> <p><i>CATMAT: 374821</i></p>	Código SUPRI:	
Item 2		Código SUPRI:	
Item 3		Código SUPRI:	
Item 4		Código SUPRI:	
Item 5		Código SUPRI:	
Item 6		Código SUPRI:	
Item 7		Código SUPRI:	
Item 8		Código SUPRI:	
Item 9		Código SUPRI:	
Item 10		Código SUPRI:	

5. QUANTIDADE REQUISITADA

	Quantidade	Unidade de medida	Embalagem	Capacidade da Embalagem
Item 1	25 frascos	frascos	conforme fabricante	
Item 2				
Item 3				
Item 4				
Item 5				
Item 6				
Item 7				
Item 8				
Item 9				
Item 10				

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				
Item 2					
Item 3					
Item 4					
Item 5					
Item 6					
Item 7					
Item 8					
Item 9					
Item 10					

7. PROGRAMAÇÃO DE ENTREGA DO MATERIAL

	Número de Parcelas	Em um mesmo endereço ou diversos?	Endereços	Telefones	E-mail
Item 1	1	SIM	Rua Gomes de Carvalho,250 - CEP 04547-001 -Bairro: Vila Olímpia	5128-1466	smsalmoxarifadocrsoe@prefeitura.sp.ξ
Item 2					
Item 3					
Item 4					
Item 5					
Item 6					
Item 7					
Item 8					
Item 9					
Item 10					

8. INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO

	Estoque atual:	Consumo médio mensal:	Previsão de Consumo anual:			
Item 1	zerado	solicitação da Assessoria				
Item 2						
Item 3						
Item 4						
Item 5						
Item 6						
Item 7						
Item 8						
Item 9						
Item 10						

9. INFORMAÇÕES DA ÚLTIMA AQUISIÇÃO

	Data da última aquisição	Preço unitário	Quantidade	Fornecedor
Item 1	19/07/2023	R\$ 12,50	40 unidades	34.325.529/0001-05
Item 2				
Item 3				
Item 4				
Item 5				
Item 6				
Item 7				
Item 8				
Item 9				
Item 10				

10. RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO E/OU FISCAL

Nome:	FABIANA PIRES DE CAMPOS RODRIGUES ALVES		
Telefone:	5128-1466	RF:746522	574007.0.2
E-mail	fborsandi@prefeitura.sp.gov.br	Unidade:	Suprimentos

Nome Suplente:	ANA SILVIA MODICA		
Telefone Suplente:	5128-1466	RF Suplente:	793.879.9.1
E-mail Suplente	supricrsoeste@prefeitura.sp.gov.br	Unidade Suplente:	

11. TITULAR DA UNIDADE REQUISITANTE

Nome:	REGIANE DE SANTANA PIVA		
E-mail	regianepiva@prefeitura.sp.gov.br	Telefone:	5128-1463

12. OBSERVAÇÕES

--

13. ENCAMINHAMENTO



Fabiana Pires de Campos Rodrigues Alves
Analista de Saúde
Em 26/01/2026, às 14:39.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://processos.prefeitura.sp.gov.br>, informando o código verificador **149957017** e o código CRC **FA3BCCC9**.

Referência: Processo nº 6018.2026/0010127-8

SEI nº 149957017