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 SERVIÇOS

Processo nº 6018.2026/0003418-0

Órgão interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade interessada: CRS Sudeste ? Setor de Suprimentos

| | |
|---|---|
| **Unidade requisitante:** | SMS/CRS-SE/AT/REABILITAÇÃO |
| **Servidor responsável pela requisição:** | Louise Jimenez Berndt, RF 820.212.5, Assessora Técnica I |
| **Telefone:** | 11 2915-1888 |
| **E-mail:** | ljimenez@prefeitura.sp.gov.br |

## 1. OBJETO

| (X) Serviço | (_) Obra |
|---|---|
| | |

## 2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Trata o presente da contratação de empresa especializada para a prestação dos serviços de conserto de equipamentos de reabilitação audiológicos. O serviço consistirá de manutenção corretiva, ou seja: calibração/aferição, limpeza, revisão e consertos e trocas de peças, quando necessário dos equipamentos da reabilitação . O laboratório contratado deverá contar com portfólio desenvolvido considerando as recomendações dos diversos fabricantes, normas particulares de cada tipo de equipamento e normas específicas de segurança elétrica, ou seja, séries NBR, ABNT, IEC. Os certificados de calibração emitidos deverão estar em conformidade com as exigências da norma ISO/IEC 17025 (requerimentos gerais para laboratórios de ensaio e calibração).

A relação de equipamentos encontra-se no Anexo I do presente termo de referência (SEI nº 149183517).

## 3. TEM CONHECIMENTO SOBRE A EXISTÊNCIA DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO PARA ADESÃO?

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Serviço/Obra 1** | (X) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 2** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 3** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 4** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 5** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 6** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 7** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 8** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 9** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |
| **Serviço/Obra 10** | (_) Não (_) Sim | **Qual o Nº?** | |

## 4. ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO/OBRA (EM ANEXO)

| | |
|---|---|
| (X) Termo de Referência - | (_) Memorial Descritivo/Projeto Básico |

## 5. INFORMAÇÕES DA ÚLTIMA CONTRATAÇÃO

| | **Data da última contratação:** | **Valor da contratação:** | **Fornecedor:** |
|---|---|---|---|
| **Serviço/Obra 1** | | | |
| **Serviço/Obra 2** | | | |
| **Serviço/Obra 3** | | | |
| **Serviço/Obra 4** | | | |
| **Serviço/Obra 5** | | | |
| **Serviço/Obra 6** | | | |
| **Serviço/Obra 7** | | | |
| **Serviço/Obra 8** | | | |
| **Serviço/Obra 9** | | | |
| **Serviço/Obra 10** | | | |

## 6. PREVISÃO DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/OBRA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Início:** | | **Término:** | |

## 7. GESTOR DO CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome:** | | **Unidade:** | |

## 8. FISCAIS DO CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome titular:** | | | |
| **Telefone:** | | **RF:** | |
| **Nome suplente:** | | | |
| **Telefone:** | | **RF:** | |

## 9. TITULAR DA UNIDADE REQUISITANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome:** | Andreza Aparecida Yabiku, RF 743.369.7, Coordenadora II | | |
| **E-mail** | aayabiku@prefeitura.sp.gov.br | **Telefone:** | 11 2915-1836 |

## 10. OBSERVAÇÕES

| |
|---|
| |

**Adriana Abramo**
**Analista de Saúde**
Em 23/01/2026, às 09:19.

**André Mikio Kondo**
**Diretor(a) de Divisão Técnica**
Em 23/01/2026, às 10:51.

**Francis da Silva Fernandes**
**Coordenador(a) II**
Em 23/01/2026, às 12:22.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://processos.prefeitura.sp.gov.br, informando o código verificador **149873368** e o código CRC **0653950D**.

**Referência:** Processo nº 6018.2026/0003418-0 SEI nº 149873368