



# PREFEITURA DE SÃO PAULO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste

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

Telefone: 11 30712669/30784940

## FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL

Processo nº 6018.2026/0017690-1

Órgão interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade interessada: Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste

<b>Unidade requisitante:</b>	SMS/Gabinete/Assessoria Técnica
<b>Servidor responsável pela requisição:</b>	Bárbara Goes Santana - RF: 829.913-7
<b>Telefone:</b>	11 5128-1509
<b>E-mail:</b>	barbarasantana@prefeitura.sp.gov.br

### 1. OBJETO

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

### 2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

Aquisição de insumos para implantação de geoterapia nos serviços de saúde da CRS-Oeste no 1º semestre de 2026. A previsão de atendimento contempla, na primeira etapa de implantação, **50 pacientes**.  
Materiais não constam da lista de produtos do GSS.  
A geoterapia uma prática terapêutica que utiliza elementos da terra para promover a saúde e o bem-estar, estes elementos possuem propriedades curativas relacionadas a dor e podem ajudar a equilibrar o corpo e a mente. É uma terapia complementar e é frequentemente utilizada em conjunto com outras formas de tratamento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, como a aromaterapia, a fitoterapia e a acupuntura. Proporciona o alívio de dores musculares e articulares, melhora da circulação sanguínea, fortalecimento do sistema imunológico e a promoção do equilíbrio emocional.

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

Item	(X) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 1	(X) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 2	(X) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 3	(X) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 4	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 5	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 6	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 7	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 8	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 9	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?
Item 10	( ) Não	( ) Sim	Qual o Nº?

### 4. ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO MATERIAL

Item 1	<p>Argila verde medicinal: 120 KG em potes de 250 g - CATMAT: 615171</p> <p>A argila <i>montmorilonita</i> destinada a uso medicinal deverá apresentar as seguintes especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Embalagem e armazenamento:</b> Detalhes sobre o tipo de embalagem utilizada e medidas de proteção contra umidade e luz.</li> <li>• <b>Registro na ANVISA:</b> Confirmação de que o produto está devidamente registrado e comercializado dentro das normas vigentes.</li> <li>• <b>Rótulo:</b> Apresentação contendo composição, grau de pureza e pH da argila. O rótulo deve indicar que se trata de produto puro, sem fragrâncias, corantes artificiais, parabenos ou conservantes. Informar também se há riqueza em oligoelementos (silício, magnésio, ferro, cálcio e potássio).</li> <li>• <b>Responsável técnico:</b> Identificação do farmacêutico responsável.</li> <li>• <b>Selos e certificações:</b> Informar se o produto possui selo de garantia e certificações (ANVISA, Ecocert, IBD, entre outros).</li> <li>• <b>Descontaminação e microbiologia:</b> Métodos utilizados para eliminação de metais pesados (chumbo, mercúrio) e resultados de testes microbiológicos, assegurando que as propriedades químicas não sejam alteradas.</li> </ul> <p>Esses dados são fundamentais para assegurar a conformidade e qualidade do produto.</p>	Código SUPRI:	
Item 2	Pincel: 120 unidades - CATMAT: 422587	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	120 KG em potes de 250 g	KG	pote de 250 g	
Item 2	120	unidade	unitário	
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	Não				
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	O MESMO	RUA GOMES DE CARVALHO, 250 - CEP: 04547-001 VILA OLÍMPIA - SÃO PAULO/SP	(11) 5128-1466	smsalmoxarifadocrsoe@prefeitura.sp.g
Item 2	1	O MESMO	RUA GOMES DE CARVALHO, 250 - CEP: 04547-001 VILA OLÍMPIA - SÃO PAULO/SP	(11) 5128-1466	smsalmoxarifadocrsoe@prefeitura.sp.g
Item 3					
Item 4					
Item 5					
Item 6					
Item 7					
Item 8					
Item 9					
Item 10					

## 8. INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO

	<b>Estoque atual:</b>	<b>Consumo médio mensal:</b>	<b>Previsão de Consumo anual:</b>
<b>Item 1</b>	ZERADO	SEM PARÂMETROS - NÃO HOUVE COMPRA	120 KG
<b>Item 2</b>	ZERADO	SEM PARÂMETROS - NÃO HOUVE COMPRA	120
<b>Item 3</b>			
<b>Item 4</b>			
<b>Item 5</b>			
<b>Item 6</b>			
<b>Item 7</b>			
<b>Item 8</b>			
<b>Item 9</b>			
<b>Item 10</b>			

9. **INFORMAÇÕES DA ÚLTIMA AQUISIÇÃO**

	<b>Data da última aquisição</b>	<b>Preço unitário</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Fornecedor</b>
<b>Item 1</b>				
<b>Item 2</b>				
<b>Item 3</b>				
<b>Item 4</b>				
<b>Item 5</b>				
<b>Item 6</b>				
<b>Item 7</b>				
<b>Item 8</b>				
<b>Item 9</b>				
<b>Item 10</b>				

10. **RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO**

<b>Nome:</b>			
<b>Telefone:</b>		<b>RF:</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Unidade:</b>	

<b>Nome Fiscal:</b>	Bárbara Goes Santana - RF: 829.913-7		
<b>Cargo do Servidor:</b>	Auxiliar de Enfermagem		
<b>Telefone:</b>		<b>RF:</b>	829.913-7
<b>E-mail</b>	barbarasantana@prefeitura.sp.gov.br	<b>Unidade:</b>	

<b>Nome Suplente:</b>	Patricia Pereira De Salve		
<b>Cargo do Servidor:</b>	Analista de Saúde - Enfermagem		
<b>Telefone Suplente:</b>		<b>RF Suplente:</b>	59783350 2
<b>E-mail Suplente</b>	patriciapsalve@prefeitura.sp.gov.br	<b>Unidade Suplente:</b>	

11. **TITULAR DA UNIDADE REQUISITANTE**

<b>Nome:</b>	Regiane de Santana Piva		
<b>E-mail</b>	regianepiva@prefeitura.sp.gov.br	<b>Telefone:</b>	11 3073 1347

12. **OBSERVAÇÕES**

Validade mínima de 24 meses a partir da data de entrega.  
Os produtos deverão atender à Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor

### 13. ENCAMINHAMENTO



**Patrícia Pereira de Salve**  
**Assessor(a) III**  
Em 02/04/2026, às 10:51.



**Barbara Gois Santana**  
**Assessor(a)**  
Em 02/04/2026, às 10:54.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://processos.prefeitura.sp.gov.br>, informando o código verificador **154015493** e o código CRC **147A7565**.