



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 6018.2026/0072015-6

Órgão interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade interessada: Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste

| | |
|--|--|
| Unidade requisitante: | SMS/Gabinete/Assessoria Técnica |
| Servidor responsável pela requisição: | Patrícia Evangelista de Faria Ferraz - RF: 580.516.3/2 |
| Telefone: | 11 5128-1512 |
| E-mail: | pferraz@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 Pote de 150 ou 200 ou 250 ou 500g - 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"> • Embalagem e armazenamento: Detalhes sobre o tipo de embalagem utilizada e medidas de proteção contra umidade e luz. • Registro na ANVISA: Confirmação de que o produto está devidamente registrado e comercializado dentro das normas vigentes. • Rótulo: 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). • Responsável técnico: Identificação do farmacêutico responsável. • Selos e certificações: Informar se o produto possui selo de garantia e certificações (ANVISA, Ecocert, IBD, entre outros). • Descontaminação e microbiologia: Métodos utilizados para eliminação de metais pesados (chumbo, mercúrio) e resultados de testes microbiológicos, assegurando que as propriedades químicas não sejam alteradas. <p>Esses dados são fundamentais para assegurar a conformidade e qualidade do produto.</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 | 120 KG em Pote de 150 ou 200 ou 250 ou 500g | KG | Pote de 150 ou 200 ou 250 ou 500g | |
| 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 | O MESMO | RUA GOMES DE CARVALHO, 250 - CEP: 04547-001 VILA OLÍMPIA - SÃO PAULO/SP | (11) 5128-1466 | smsalmoxarifadocrsoe@prefeitura.sp.g |
| 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 | SEM PARÂMETROS - NÃO HOUVE COMPRA | 120 KG |
| 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 | | | | |
| Item 2 | | | | |
| Item 3 | | | | |
| Item 4 | | | | |
| Item 5 | | | | |
| Item 6 | | | | |
| Item 7 | | | | |
| Item 8 | | | | |
| Item 9 | | | | |
| Item 10 | | | | |

10. **RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO**

| | | | |
|------------------|--|-----------------|--|
| Nome: | | | |
| Telefone: | | RF: | |
| E-mail | | Unidade: | |

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

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

11. **TITULAR DA UNIDADE REQUISITANTE**

| | | | |
|---------------|----------------------------------|------------------|--------------|
| Nome: | Regiane de Santana Piva | | |
| E-mail | regianepiva@prefeitura.sp.gov.br | Telefone: | 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**



Patricia Evangelista de Faria Ferraz
Assessor(a) Técnico(a) II
Em 12/06/2026, às 09:51.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://processos.prefeitura.sp.gov.br>, informando o código verificador **159089670** e o código CRC **40D929EE**.