



FICHA DE PARECER TÉCNICO

Para: _____ Setor: _____ Data: ____ / ____ / ____

SOLICITAÇÃO DE PARECER TÉCNICO DO MATERIAL EM QUESTÃO

- **Consideração:** para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados na folha em anexo e as especificidades de cada material listados no Manual de Orientação para Avaliação de Materiais, para a emissão do Parecer Técnico.
- **Objetivo:** utilizar o Parecer Técnico emitido pelo profissional para a conclusão de escolha, do produto que melhor atende as nossas necessidades, a ser adquirido através de Pregão.

OBS.: FAVOR NÃO DEIXAR DE PREENCHER NENHUM CAMPO, PARA QUE ESTA AVALIAÇÃO NÃO PERCA A FIDEDIGNIDADE.

MATERIAL TESTADO:	MARCA/FORNECEDOR:	QUANTIDADE FORNECIDA:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nº DE LOTE _____ Nº DE REGISTRO/ANVISA _____

PREGÃO Nº _____ ITEM Nº _____

ITENS PARA AVALIAÇÃO

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente?

() sim () não

Obs.: _____

2. Procedimento realizado no teste do material: _____

3. Avaliação da embalagem:

a)- Quanto à abertura:

() boa () regular () ruim

Obs.: _____

b)- Quanto à exposição dos itens de verificação da embalagem:

() boa () regular () ruim

Obs.: _____



c)- Quanto à especificação do produto:
 boa regula ruim

Obs.: _____

Outras observações sobre a embalagem: _____

4. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto

sim não

Qual? _____

5. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável?

sim não

Qual? _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

APROVADO

REPROVADO

Justificativa: _____

Responsável pela avaliação (nome, categoria e carimbo)



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO

COMISSÃO PERMANENTE DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO - HOSPITALAR

PARECER FINAL DA COMISSÃO: _____

Responsável pela validação (nome, categoria e carimbo)

CONSIDERE:

Bom: se o item contemplou os critérios de avaliação e possuiu as qualidades próprias à sua natureza e função.

Regular: se houve alteração identificada, que não deteriore a qualidade própria e a função do produto.

Ruim: se houve a identificação de alguma irregularidade que o produto inapropriado ao uso indicado.

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS DURANTE A AVALIAÇÃO DO PRODUTO

- ✓ O fornecedor deverá se apresentar o número de amostra suficiente para a realização do teste.
- ✓ Os requisitos a serem avaliados durante o teste em uso, devem estar de acordo com os padrões técnicos de tratamento para os pacientes do HUAP.
- ✓ Verificação da embalagem:
 - Deve possuir nome e endereço do fabricante.
 - Deve possuir data de fabricação, lote e validade do produto.
 - Deve possuir inscrição “produto de uso único”.
 - Deve possuir informação do modo de esterilização.
 - Deve possuir número de registro no MS/ANVISA.
 - Deve possuir instruções de uso.
 - O produto deve estar acondicionado em embalagem fechada, de forma a prevenir contaminação, quebra, efeitos de choque e vibrações, que possam ocorrer nas condições normais de uso e guarda, numa temperatura ambiente em torno de 20° a 30°C.
- Verificar se o produto apresenta todas as características solicitadas no Edital.
- Produto deve apresentar 100% de segurança para o procedimento técnico.

