**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXERCITO BRASILEIRO**
**7ª RM - CMNE**
**(Gov das Armas Prov de PE/1821)**
**REGIÃO MATIAS DE ALBUQUERQUE**

## PARECER TÉCNICO DE INSUMOS Grupo nº 01

## PREGÃO SRP Nº 160194-36/2026

(Processo Administrativo n.° **64318.018683/2026-16**)

Avaliar o produto considerando os requisitos básicos, abaixo discriminados, como critérios a serem observados para julgamento durante o teste.

**Grupo 01 - PRÓTESE TOTAL DE JOELHO PRIMÁRIA NAVEGADA**

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO | MARCA | ANVISA |
|---|---|---|---|
| 1 | COMPONENTE FEMORAL ANATOMICO COM 7 TAMANHOS, LADOS DIREITO E ESQUERDO, COM OU SEM PRESERVAÇÃO E SEM CAIXA NO INTERCÔNDILO | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 2 | COMPONENTE BASE TIBIAL COM OU SEM PLANTAFORMA ROTATORIA COM 7 TAMANHOS | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 3 | COMPONENTE PLATO TIBIAL COM PLATAFORMA ROTATÓRIA E ESTABILIZAÇÃO POR ULTRA CONGRUÊNCIA | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 4 | COMPONENTE PATELAR, POLIETILENO DE ULTRA ALTA DENSIDADE E PESO MOLECULAR, COM TRÊS PINOS DE FIXAÇÃO CIMENTADO. OU DE MELHOR QUALIDADE. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 5 | CIMENTO ORTOPÉDICO 40GRAMAS SEM ATB COM VISCOSIDADE NORMAL OU BAIXA. OU DE MELHOR QUALIDADE. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 6 | CIMENTO ORTOPEDICO COM ANTIBIOTICO. OU DE MELHOR QUALIDADE. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 7 | SISTEMA DE LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL. OU DE MELHOR QUALIDADE. OBS: A EMPRESA FORNECEDORA DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE FORNECER O EQUIPAMENTO DE ACOPLAMENTO DO EQUIPO. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 8 | CAMPO CIRÚRGICO OU DE MELHOR QUALIDADE. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 9 | LÂMINA DE SERRA | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 10 | KIT DE NAVEGAÇAO | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 11 | COMPONENTE TIBIAL (TIPO ESPAÇADOR/CUNHA) EM TITÂNIO PARA REVISÃO DE JOELHO. OU DE MELHOR QUALIDADE. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |
| 12 | HASTE DE EXTENSÃO ORTOPÉDICA EM TITÂNIO FEMORAL/TIBIAL, NÃO CIMENTADA RETA P/ REVISÃO DE JOELHO. OU DE MELHOR QUALIDADE. | xxxxxxxxxx | 8888888888 |

**2 – APRESENTAÇÃO (o produto atende a especificação apresentada acima):**

**( ) Sim ( ) Não**

**3 - EMBALAGEM (Quanto ao manuseio):**

**3.1 - Identificação do material (nome completo, indicação de uso, lote, data de validade e de esterilização):**

**( ) Completa ( ) Incompleta**

**3.2 - Visualização do produto (permite visualização adequada do produto antes de abrir):**

**( ) Sim ( ) Não**

**3.3 - Selagem / Integridade:**

**( ) Uniforme**

**( ) Com falhas**

**3.4- Quanto à abertura:**

**(  ) Facilidade (aba apropriada)**

**(  ) Dificuldade (aba insuficiente ou inadequada favorecendo contaminação)**

**4 - UTILIZAÇÃO DO PRODUTO (descrever como o produto se apresentou de acordo com cada item abaixo):**

**4.1 EXEMPLO PARA A CONSTRUÇÃO DOS ITENS ESPECÍFICOS**

**(  ) Sim (  ) Não (  ) Não se aplica**

**4.2 O insumo/equipamento apresentado está de acordo com os itens de segurança relativos aos pacientes e ou usuários, baseados na RDC-36 e NR-32**

**Sim _____ Não _____**

**4.3 Em caso de comodato o fornecedor oferece manutenção e ou substituição do insumo/produto em caso de defeito e ou mau funcionamento.**

**Sim _____ Não _____**

**5 - AMOSTRAS PARA O TESTE (quantidade suficiente para garantir uma adequada avaliação de no mínimo 72 horas):**

**(  ) Sim (  )Não**

**6 - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:**

_____
_____
_____

**7 - CONCLUSÃO DO PARECER:**

**(  ) Favorável**

**(  ) Desfavorável**

**8 - JUSTIFICAR O PARECER:**

_____
_____
_____

Setor do teste: _____

Data: _____/_____/_____

Responsável pelo parecer:_____

(assinar e carimbar)