



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Bairro Petrópolis
Natal-RN, CEP 59012-300
- <http://huol-ufrn.ebserh.gov.br>

Parecer Técnico de Avaliação Amostra de Material

Processo nº 23526.009234/2023-93

PARECER TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE AMOSTRA DE MATERIAL - GRUPO XXXX

1. Identificação da equipe técnica

Código UASG (Unid. de Compra)	155013	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE		
Nome: XXXXXXXXXX	Matrícula/SIAPE: XXX****	COORDENADOR DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO - REPRESENTANTE DO SETOR DE XXXXXXXXXX
Cargo: XXXXXXXXXX	Lotação: XXXXXXXXXX	
E-mail: XXXXXXXXXX@ebserh.gov.br	Telefone: (XX) XXXX XXXX	
Nome: XXXXXXXXXX	Matrícula/SIAPE: XXX****	MEMBRO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO - REPRESENTANTE DO SETOR DE XXXXXXXXXX
Cargo: XXXXXXXXXX	Lotação: XXXXXXXXXX	
E-mail: XXXXXXXXXX@ebserh.gov.br	Telefone: (XX) XXXX XXXX	
Nome: XXXXXXXXXX	Matrícula/SIAPE: XXX****	MEMBRO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO - REPRESENTANTE DO SETOR DE XXXXXXXXXX
Cargo: XXXXXXXXXX	Lotação: XXXXXXXXXX	
E-mail: XXXXXXXXXX@ebserh.gov.br	Telefone: (XX) XXXX XXXX	

2. Identificação do processo de compra e item

Número da licitação		
Número do processo SEI da Contratação		
Número do item correspondente à amostra no Edital		
Especificação do item de acordo com Edital		
Código Ebserh SIPAC AGHUX		
Código Ebserh (se houver)		

3. Identificação da amostra

Data de recebimento	
Fornecedor/CNPJ	

Fabricante/CNPJ	
Marca	
Lote/série	
Unidade de medida	
Quantidade de Amostras recebidas para avaliação	

4. Avaliação geral do produto e embalagem

Check list	Sim	Não	Não se Aplica	Observações
O produto corresponde ao item solicitado				
A apresentação corresponde à solicitada				
O produto está corretamente identificado conforme TR				
Embalagem está íntegra				
Embalagem proporciona abertura asséptica				
Ausência de resíduos e impurezas na embalagem				
A embalagem permite boa visualização do produto				
A embalagem é adequada ao tipo de produto				
Observações				

5. Avaliação da funcionalidade

Check list	Sim	Não	Não se Aplica	Descrever riscos, dificuldades ou inconformidades (se for o caso)
O produto oferece risco ao profissional				
O produto oferece risco ao paciente				
Há dificuldade de manuseio				

6. Avaliação específica

Descrever avaliações específicas com relação ao produto e suas funcionalidades

7. Parecer final

Avaliação de conformidade da amostra	Aprovada	Reprovada	Data
			xx/xx/20xx
Em caso de reprovação, justificar			

Considerando que a aceitação da amostra constitui condição necessária para adjudicação do objeto do certame licitatório, diante das condições pré-estabelecidas no Termo de Referência, após serem submetidas à avaliação, "Aprovo" "Reprovo" as amostras.

Com fé pública, declaro para os devidos fins a responsabilidade técnica pela avaliação de amostras detalhadas neste parecer.

Equipe de Planejamento da Contratação,
Equipe Técnica,

(Assinado eletronicamente)
XXXXXXXXXX

Coordenador da Equipe de Planejamento da Contratação / Representante do Setor de XXXXXXXXXX

Matrícula SIAPE nº XXX****

HUOL-UFRN/EBSERH

(Assinado eletronicamente)

XXXXXXXXXX

Membro da Equipe de Planejamento da Contratação / Representante do Setor de XXXXXXXXXX

Matrícula SIAPE nº XXX****

HUOL-UFRN/EBSERH

(Assinado eletronicamente)

XXXXXXXXXX

Membro da Equipe de Planejamento da Contratação / Representante do Setor de XXXXXXXXXX

Matrícula SIAPE nº XXX****

HUOL-UFRN/EBSERH



Documento assinado eletronicamente por **Danilo Duarte de Moura, Assistente Administrativo**, em 29/08/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Uruguai Freire de Moraes, Assistente Administrativo**, em 29/08/2023, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cecília Sá Fernandes, Engenheiro(a) Clínico(a)**, em 29/08/2023, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafael Cavalcanti Contreras, Chefe de Setor**, em 29/08/2023, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **32413955** e o código CRC **5067A731**.

Referência: Processo nº 23526.009234/2023-93 SEI nº 32413955

Criado por [danilo.moura](#), versão 1 por [danilo.moura](#) em 25/08/2023 14:11:49.