



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
Rua Estanislau Eloy, s/nº - Bairro Castelo Branco  
João Pessoa-PB, CEP 58050-585  
- <http://hulw-ufpb.ebserh.gov.br>

Parecer Técnico de Avaliação Amostra de Material

Processo nº 23539.014849/2023-92

**PARECER TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE AMOSTRA DE MATERIAL**

**1. Identificação do avaliador**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Unidade da Rede Ebserh |  |
| Nome                   |  |
| Categoria profissional |  |
| Siape                  |  |
| Lotação                |  |

**2. Identificação do processo de compra e item**

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| Número de identificação do processo de compra     |  |
| Número do processo SEI da Contratação             |  |
| Número do item correspondente à amostra no Edital |  |
| Especificação do item de acordo com Edital        |  |
| Código Ebserh (Se houver)                         |  |
| Código do Sistema de Estoque (Se houver)          |  |

**3. Identificação da amostra**

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Data de recebimento                             |  |
| Fornecedor/CNPJ                                 |  |
| Fabricante/CNPJ                                 |  |
| Marca                                           |  |
| Lote/série                                      |  |
| 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 |
|                                      |          |           |
| 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.

(assinado eletronicamente)  
NOME  
CARGO/FUNÇÃO  
LOTAÇÃO



Documento assinado eletronicamente por **Wanda Vasconcelos Marques de Almeida, Assistente Administrativo**, em 27/10/2023, às 09:41, 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 **Nadja Emilia Bezerra da Costa Carneiro, Chefe de Unidade, Substituto(a)**, em 27/10/2023, às 10:01, 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 **Bruna Raquel Rodrigues Araujo, Responsável Técnico**, em 27/10/2023, às 10:14, 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 **Emanuella Abrantes da Silva Carvalho, Enfermeiro(a)**, em 27/10/2023, às 13:03, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **33864733** e o código CRC **45FD6B44**.

Referência: Processo nº 23539.014849/2023-92 SEI nº 33864733

Criado por [wanda.almeida](#), versão 1 por [wanda.almeida](#) em 25/10/2023 13:27:28.