



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
Rua Carlos Chagas, s/nº - Bairro São José  
Campina Grande-PB, CEP 58400-398  
- <http://huac-ufcg.ebserh.gov.br>

Parecer Técnico de Avaliação Amostra de Material

Processo nº 23769.003243/2023-18

**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 **Amanda Manuella Dantas Nobre, Chefe de Unidade**, em 28/04/2023, às 11:42, 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 **Lusimeire Pereira do Nascimento, Assistente Administrativo**, em 28/04/2023, às 11:45, 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 **Hayanne Oliveira da Silva Nobrega, Farmacêutico(a)**, em 28/04/2023, às 16:28, 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 **29159312** e o código CRC **B442E886**.

Referência: Processo nº 23769.003243/2023-18 SEI nº 29159312