



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 23526.011696/2025-32

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

(Assinado eletronicamente)

XXXXXXXXXX

Coordenador 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 03/06/2025, às 09:32, 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 **Simone Ferreira Montenegro de Cerqueira, Nutricionista**, em 03/06/2025, às 13:26, 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 **QUEZIA FONSECA DE MENDONÇA, Nutricionista**, em 04/06/2025, às 08:06, 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 **50072463** e o código CRC **16ED9ABC**.

Referência: Processo nº 23526.011696/2025-32 SEI nº 50072463

Criado por [danilo.moura](#), versão 3 por [danilo.moura](#) em 03/06/2025 09:32:16.