

TESTE DE MATERIAL - PROCESSO SEI _____
PE ____/202____
PRAZO 2 DIAS ÚTEIS (48 HORAS)

ANTES DE FAZER A AVALIAÇÃO DO PRODUTO:

É de extrema importância para que possamos adquirir um produto de qualidade e dentro das necessidades do CHC, que retornem esse formulário em **02 DIAS ÚTEIS (48 HORAS)**. Caso não tenhamos o retorno dentro do prazo estabelecido, teremos que aprovar a compra do referido item pelo prazo de 01 ano. Poderão avaliar o produto profissionais pertencentes ao quadro funcional permanente do CHC (residentes poderão avaliar e assinar deste que seja atestado pelo seu titular).

MATERIAL A SER COMPRADO:

Código EBSERH:

MATERIAL OFERECIDO:

Item: _____ (código SIH/AGHU _____)

Marca: _____

Modelo/Versão/Referência: _____

Fabricante: _____

ANVISA: VÁLIDA OU CANCELADA OU RESTRIÇÃO _____

Lote: _____

Validade: _____

Fornecedor: _____

Destinado ao Serviço: _____

Quantidade enviada para teste: CATÁLOGO / AMOSTRA ÚNICA / ____ UNIDADES

Data de recebimento da amostra pela Garantia da Qualidade: ____/____/2023

Data de envio da amostra para avaliação: ____/____/2023

Obs. pela Garantia da Qualidade:

Ass. da Equipe da Garantia da Qualidade — SAFS

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				

Após avaliação do material entregar este parecer preenchido no Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos, na Garantia da Qualidade (última porta a esquerda antes da saída pelas catracas da doca). Qualquer dúvida ligar para ramal 1830.

TESTE DE MATERIAL - PROCESSO SEI _____
PE ____/202____
PRAZO 2 DIAS ÚTEIS (48 HORAS)

5. Avaliação da funcionalidade

Check list	Sim	Não	Não se Aplica	Observações
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

	Aprovada	Reprovada
Avaliação de conformidade da amostra		

Em caso de reprovação, justificar

--

Em ____/____/____ com fé pública, declaro para os devidos fins a responsabilidade técnica pela avaliação de amostras detalhadas neste parecer

NOME:_____

CARGO/FUNÇÃO_____

LOTAÇÃO_____

Após avaliação do material entregar este parecer preenchido no Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos, na Garantia da Qualidade (última porta a esquerda antes da saída pelas catracas da doca). Qualquer dúvida ligar para ramal 1830.