



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 23526.025264/2025-17

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	

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

	Aprovada	Reprovada	Data
Avaliação de conformidade da amostra			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 e datado Eletronicamente)
XXXXXXXXXX
Coordenador da Equipe de Planejamento da Contratação
Setor XXXXXXXXX
Matrícula SIAPE nº XXX****
Hospital Universitário Onofre Lopes - Huol-UFRN/EBSERH

(assinado e datado Eletronicamente)

XXXXXXXXXX

Membro da Equipe de Planejamento da Contratação

Setor XXXXXXXXX

Matrícula SIAPE nº XXX****

Hospital Universitário Onofre Lopes - Huol-UFRN/EBSEERH

(assinado e datado Eletronicamente)

XXXXXXXXXX

Membro da Equipe de Planejamento da Contratação

Setor XXXXXXXXX

Matrícula SIAPE nº XXX****

Hospital Universitário Onofre Lopes - Huol-UFRN/EBSEERH

(assinado e datado Eletronicamente)

XXXXXXXXXX

Membro da Equipe de Planejamento da Contratação

Setor XXXXXXXXX

Matrícula SIAPE nº XXX****

Hospital Universitário Onofre Lopes - Huol-UFRN/EBSEERH



Documento assinado eletronicamente por **Danilo Duarte de Moura, Assistente Administrativo**, em 06/11/2025, às 13:45, 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 **Fernando do Nascimento Barbosa Junior, Assistente Administrativo**, em 06/11/2025, às 13:52, 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 **Pedro Zacarias Costa de Oliveira, Assistente Administrativo**, em 06/11/2025, às 13:58, 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 **Glauciane Costa Santana, Técnico(a) em Enfermagem**, em 06/11/2025, às 14:01, 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 **55020398** e o código CRC **5F33F2C0**.