



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 23526.032825/2024-45

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: XXXXXXXXXXX	Matrícula/SIAPE: XXX****	COORDENADOR DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATA DO SETOR DE XXXXXXXXXXX
Cargo: XXXXXXXXXXX	Lotação: XXXXXXXXXXX	
E-mail: XXXXXXXXXXX@ebserh.gov.br	Telefone: (XX) XXXX XXXX	
Nome: XXXXXXXXXXX	Matrícula/SIAPE: XXX****	MEMBRO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTABILIDADE REPRESENTANTE DO SETOR DE XXXXXXXXX
Cargo: XXXXXXXXXXX	Lotação: XXXXXXXXXXX	
E-mail: XXXXXXXXXXX@ebserh.gov.br	Telefone: (XX) XXXX XXXX	
Nome: XXXXXXXXXXX	Matrícula/SIAPE: XXX****	MEMBRO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTABILIDADE REPRESENTANTE DO SETOR DE XXXXXXXXX
Cargo: XXXXXXXXXXX	Lotação: XXXXXXXXXXX	
E-mail: XXXXXXXXXXX@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 inconfc
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 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

Membro 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 09/04/2025, às 14:19, 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 09/04/2025, às 14:41, 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 **Rafael Cavalcanti Contreras, Chefe de Setor**, em 09/04/2025, às 14:53, 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 **Ana Cecília Sá Fernandes, Engenheiro(a) Clínico(a)**, em 09/04/2025, às 15:53, 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 **48555000** e o código CRC **6D7F2A50**.

Referência: Processo nº 23526.032825/2024-45 SEI nº 48555000

Criado por [danilo.moura](#), versão 1 por [danilo.moura](#) em 09/04/2025 14:08:16.