



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC



MEAC
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ALDO CARVALHO

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Rua Pastor Samuel Munguba, nº 1290 - Bairro Rodolfo Teófilo
Fortaleza-CE, CEP 60430-372
- <http://ch-ufc.ebserh.gov.br>

PARECER Nº 6/2023/SAFS/DLIH/GAD/CH-UFC-EBSERH

PROCESSO Nº 23533.017853/2020-10

INTERESSADO: Equipe de Planejamento da Contratação

PARECER TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE AMOSTRA DE MATERIAL

DOCUMENTAÇÃO DO FORNECEDOR NO SEI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

1. IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADOR

Unidade da Rede Ebserh	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC/Ebserh)
Nome	
Categoria profissional	
Siape	
Lotação	

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE COMPRA E ITEM

Nº do Pregão	
Nº do processo SEI	
Nº do Item	
DESCRIPTIVO TERMO DE REFERÊNCIA	

3. IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

Data de recebimento	
Fornecedor/ CNPJ	
Fabricante/CNPJ	
Marca	
Modelo/Versão	
Lote/Série	
Nº do Registro	
Validade	
Quantidade	
DESCRIPTIVO PROPOSTA	

4. AVALIAÇÃO GERAL DO PRODUTO E EMBALAGEM

	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O produto atende as especificações exigidas no descritivo do item no Termo de Referência			
A apresentação corresponde à solicitada			
O produto está corretamente identificado conforme Termo de Referência			
A embalagem está íntegra			
A 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, se houver:			

5. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O produto oferece risco ao profissional			
O produto oferece risco ao paciente			
Há dificuldade de manuseio			
Descrever riscos, dificuldades ou inconformidades, se for o caso:			

6. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

Descrever avaliações específicas com relação ao produto e suas funcionalidades:

7. CONCLUSÃO

AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE DA AMOSTRA	APROVADA	REPROVADA*

*Em caso de reprovação da amostra, apresente as razões:

CANCELAMENTO DO ITEM NO PREGÃO

Em caso de cancelamento do item no Pregão, assinala o motivo:

() Descritivo em desconformidade
() Item descontinuado no uso pela Área Assistencial/Médica
() Outros motivos:
Novo descritivo do item cancelado (se necessário):

1. 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, as amostras foram aprovadas, reprovadas ou canceladas, conforme assinalado na conclusão da avaliação de conformidade da amostra.

2. Com fé pública, declaro para os devidos fins a responsabilidade técnica pela avaliação de amostras detalhadas neste parecer.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Nogueira Ribeiro, Analista Administrativo**, em 25/04/2023, às 15:25, 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 **29371711** e o código CRC **B851F964**.

Referência: Processo nº 23533.017853/2020-10 SEI nº 29371711