



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE

Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Bairro Petrópolis  
Natal-RN, CEP 59012-300  
- <https://huol-ufrn.hubrasil.gov.br>

Parecer Técnico de Avaliação Amostra de Material

Processo nº 23526.017357/2026-41

**PARECER TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE AMOSTRA DE MATERIAL**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADOR**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Unidade da Rede Ebserh |  |
| Nome                   |  |
| Categoria profissional |  |
| Siape                  |  |
| Lotação                |  |

**2. IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE COMPRA E ITEM**

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| Número de identificação do processo de compra     |  |
| Número do processo SEI da Contratação             |  |
| Número do item correspondente à amostra no Edital |  |
| Especificação do item de acordo com Edital        |  |

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| <b>Código Ebserh (Se houver)</b>                |  |
| <b>Código do Sistema de Estoque (Se houver)</b> |  |

### 3. IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

|                                                        |  |
|--------------------------------------------------------|--|
| <b>Data de recebimento</b>                             |  |
| <b>Fornecedor/CNPJ</b>                                 |  |
| <b>Fabricante/CNPJ</b>                                 |  |
| <b>Marca/Modelo/Referência</b>                         |  |
| <b>Lote/Série</b>                                      |  |
| <b>Quantidade de Amostras recebidas para avaliação</b> |  |

### 4. AVALIAÇÃO GERAL DO PRODUTO E EMBALAGEM

| <b>Check list</b>                                                            | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não se Aplica</b> | <b>Observações</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------------|--------------------|
| <b>O produto corresponde ao item solicitado</b>                              |            |            |                      |                    |
| <b>A apresentação corresponde à solicitada</b>                               |            |            |                      |                    |
| <b>O produto está corretamente identificado conforme Termo de Referência</b> |            |            |                      |                    |
| <b>Embalagem está íntegra</b>                                                |            |            |                      |                    |
| <b>Embalagem proporciona abertura asséptica</b>                              |            |            |                      |                    |

|                                                        |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Ausência de resíduos e impurezas na embalagem</b>   |  |  |  |  |
| <b>A embalagem permite boa visualização do produto</b> |  |  |  |  |
| <b>A embalagem é adequada ao tipo de produto</b>       |  |  |  |  |
| <b>Observações</b>                                     |  |  |  |  |

**5. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE**

| <i>Check list</i>                              | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não se Aplica</b> | <b>Descrever riscos, dificuldades ou inconformidades, se for o caso</b> |
|------------------------------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>O produto oferece risco ao profissional</b> |            |            |                      |                                                                         |
| <b>O produto oferece risco ao paciente</b>     |            |            |                      |                                                                         |
| <b>Há dificuldade de manuseio</b>              |            |            |                      |                                                                         |

**6. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrever avaliações específicas com relação ao produto e suas funcionalidades</b> |
|                                                                                       |

**7. PARECER FINAL**

|                                             |                 |                  |
|---------------------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Avaliação de conformidade da amostra</b> | <b>Aprovada</b> | <b>Reprovada</b> |
|                                             |                 |                  |
| <b>Em caso de reprovação, justificar</b>    |                 |                  |
|                                             |                 |                  |

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.

*(assinado eletronicamente)*

NOME  
CARGO/FUNÇÃO  
LOTAÇÃO



Documento assinado eletronicamente por **Ewerton Pereira do Nascimento, Assistente Administrativo**, em 24/07/2026, às 09:52, 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 **Danielle Dumaresq Ferreira Barreto, Enfermeiro(a)**, em 24/07/2026, às 10:03, 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 **Chirlene Carvalho Da Cunha Pinheiro, Enfermeiro(a)**, em 24/07/2026, às 10:17, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **63221784** e o código CRC **EA6487FC**.

Referência: Processo nº 23526.017357/2026-41 SEI nº 63221784