

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VARGINHA

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS

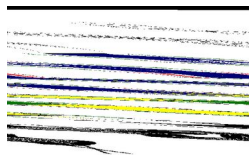
Rua Júlio Paulo Marcellini, nº 50 – Vila Paiva - Varginha/MG - CEP: 37.018-050
CNPJ: 18.240.119/0001-05 – Insc. Estadual: Isenta
Fones: (35) 3690-1812 – (35) 3222-9512

Departamento de Suprimentos

Avaliação de amostras / prospectos

Item: 17	
Produto: RAO-X ODONTOLÓGICO PORTÁTIL DIGITAL	
Marca: SAEVO/RX ODONTOLÓGICO PORTÁTIL - AIR X	
Empresa: EGR EQUIPAMENTOS E SOLUCOES EIRELI	
Data da avaliação: 24/12/2025 Responsável: AUGUSTO CESAR SOUSA RAIMUNDO	
Secretaria / Setor: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL	
Parecer técnico: Em conferência ao prospecto enviado, nas informações no site da empresa (https://saevo.com.br/produtos/raios-x-portatil-air-x-ray/) bem como no site da ANVISA (https://consultas.anvisa.gov.br/api/consulta/produtos/25351303925202193/anexo/T22611557/nomeArquivo/Raios-X%20Portatil%20AXR60%20H_77000001349_Rev03.pdf?Authorization=Guest), comparou-se as características do produto com as requeridas no Termo de Referência (TR) encontrando especificações que não atendem ao solicitado: A Tensão da ampola no TR é de 70 kV. No manual do produto ofertado está como tensão da ampola 65 kV. O Tempo de exposição solicitado é de 0,02 a 2 s. O do produto ofertado é de 0,01 a 1 s. Sendo um intervalo menor que o requerido no TR, sendo que temos tanto sensores digitais como radiografias tradicionais e o tempo influencia na qualidade da imagem. No TR há a solicitação de portabilidade / ergonomia podendo ser operado a “ uma só mão ”. O produto ofertado não atende, o manual orienta segurar “com as duas mãos” . Ciclo de trabalho e resfriamento: no TR solicita-se mínimo de 1:30. O produto ofertado não atende, o fator de trabalho é de 1:60. Dessa forma o produto não atende aos requisitos mínimos do TR, sendo REPROVADO .	
Parecer final:	() APROVADA(O)
	(X) REPROVADA(O). (Obs.: Registrar as motivações da reprovação)
	() AMOSTRA NÃO TESTADA. (Obs.: Registrar o motivo)
	() PROSPECTO/CATÁLOGO NÃO ANALISADO. (Obs.: Registrar o motivo)

Data: 24/12/2025



Assinatura do avaliador: _____

Cargo: COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL

Matrícula do avaliador: 276180