



## **FICHA PADRONIZADA DE AVALIAÇÃO SENSORIAL DE AMOSTRA**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº:** \_\_\_\_\_

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº:** \_\_\_\_\_

**OBJETO:** Registro de Preços para aquisição de cestas básicas

---

### **1. IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA**

**Licitante:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_

**Produto/Item:** \_\_\_\_\_

**Marca:** \_\_\_\_\_

**Fabricante:** \_\_\_\_\_

**Lote da amostra:** \_\_\_\_\_

**Data de fabricação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data de validade:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data da avaliação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

### **2. CONDIÇÕES DA AVALIAÇÃO**

A avaliação deverá ser realizada em condições adequadas de higiene, iluminação, temperatura e preparo, quando aplicável, observando-se as instruções de preparo fornecidas pelo fabricante.

A amostra deverá ser apresentada aos avaliadores de forma que sua identificação comercial não influencie a avaliação sensorial, sempre que possível.

**Forma de preparo da amostra, quando aplicável:**

---

---

**Observações sobre as condições da avaliação:**

---



---

### 3. ESCALA DE PONTUAÇÃO

Para cada atributo aplicável ao produto, o avaliador deverá atribuir uma nota de **1 a 5**, conforme a escala abaixo:

| Nota | Classificação  | Critério                                                                                   |
|------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Inaceitável    | Característica inadequada, incompatível com o produto ou que comprometa sua aceitabilidade |
| 2    | Insatisfatório | Apresenta deficiência sensorial relevante                                                  |
| 3    | Aceitável      | Atende ao padrão mínimo esperado para o produto                                            |
| 4    | Bom            | Apresenta características satisfatórias e compatíveis com o produto                        |
| 5    | Excelente      | Apresenta características sensoriais plenamente satisfatórias                              |

**Importante:** a avaliação deverá considerar as características próprias do produto, não a preferência pessoal do avaliador.

---

### 4. AVALIAÇÃO SENSORIAL

#### 4.1 Aparência / Aspecto visual

Avaliar a aparência, coloração, uniformidade e características visuais próprias do produto.

**Nota:** \_\_\_\_\_

**Observações:**

---

---



---

#### 4.2 Aroma / Odor

Avaliar a presença de aroma característico e a ausência de odores estranhos, desagradáveis ou incompatíveis com o produto.

**Nota:** \_\_\_\_\_

**Observações:**

---

---

---

#### 4.3 Sabor

Avaliar a presença de sabor característico do produto e a ausência de sabores estranhos, desagradáveis, excessivamente alterados ou incompatíveis com o produto.

**Nota:** \_\_\_\_\_

**Observações:**

---

---

---

#### 4.4 Textura / Consistência

Avaliar a textura ou consistência característica do produto após o preparo, quando aplicável.

**Nota:** \_\_\_\_\_

**Observações:**

---

---

---

#### 4.5 Aceitabilidade geral

Considerando o conjunto das características sensoriais observadas, avaliar a aceitabilidade geral do produto.



Nota: \_\_\_\_\_

Observações:

---

---

---

## 5. RESULTADO DA AVALIAÇÃO

| Atributo                   | Nota  |
|----------------------------|-------|
| Aparência / aspecto visual | _____ |
| Aroma / odor               | _____ |
| Sabor                      | _____ |
| Textura / consistência     | _____ |
| Aceitabilidade geral       | _____ |
| <b>MÉDIA FINAL</b>         | _____ |

Critério de aprovação

A amostra será considerada **APROVADA** quando:

**I** – apresentar conformidade com as especificações técnicas estabelecidas no Termo de Referência;

**II** – não apresentar características sensoriais incompatíveis com o produto ou indicativas de alteração, deterioração ou inadequação para consumo;

**III** – obter **média final igual ou superior a 3,0 (três) pontos**; e

**IV** – não obter nota inferior a **2,0 (dois) pontos** nos atributos considerados essenciais para o respectivo produto.

---

## 6. CONCLUSÃO DO AVALIADOR

Após a avaliação da amostra, considerando exclusivamente os critérios estabelecidos nesta ficha:

☐ **APROVADA**

☐ **REPROVADA**

Em caso de reprovação, indicar objetivamente os motivos:

---



---

---

---

---

## 7. IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## 8. RESULTADO CONSOLIDADO DA COMISSÃO

*(Preenchido após a conclusão das avaliações individuais.)*

Número de avaliadores: \_\_\_\_\_

Média geral obtida pela amostra: \_\_\_\_\_

Resultado:

☐ APROVADA

☐ REPROVADA

Justificativa/observações da Comissão:

---

---

---

---

Membros da Comissão/Equipe de Avaliação:

1. Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PERUIBE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida dos Expedicionários – Centro – Peruíbe – CEP 11770-116



2. **Nome:** \_\_\_\_\_  
**Cargo/Função:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_

3. **Nome:** \_\_\_\_\_  
**Cargo/Função:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Local e data:** \_\_\_\_\_