

| | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|------------------|--------|----------|
|  | UFSC/HU/DE | () INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA | | | | |
| | NUMAE | () QUEIXA TÉCNICA | | | | |
| Pregão | | Item | | Código | 176239 | Arq. D.3 |
| MATERIAL | DIALISADOR CAPILAR PARA HEMODIALISE ALTO FLUXO, ÁREA 2,0 A 2,1 M ² | | | Amostra Registro | | |
| Nome Comercial | | | | | | |
| Marca | | | | MOD./REF. | | |
| RMS | | Venc. | | C.A. | | Venc. |
| Fabricante | | | | CNPJ | | |
| Importador | | | | Fabricação | | |
| Lote | | | | Validade | | |
| Empresa Proponente | | | | | | |
| Local de Teste | | | | | | |
| Quantidade testada | | | | Data | | |

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA

EMBALAGEM:

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|----------|
| Resistente e segura com indicação de produto estéril? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Possui área de apoio adequada para abertura e transferência asséptica da embalagem? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Isto é isento de resíduos e impurezas? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Contém identificação do produto, data de fabricação, validade e lote de fácil visualização? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Possui registro de prime e coeficiente de ultrafiltração? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Possui indicação de "proibido reprocessar"? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |

DIALISADOR:

| | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|----------|
| Membrana 100% sintética? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Possui conectores rosqueáveis para ajuste às linhas de sangue arterial, venosa e garras de Hansen? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Isto é isento de agentes tóxicos, alergizantes, resíduos e impurezas? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| A área possui 2,0 m ² a 2,1 m ² ? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Esterilização, livre de agentes residuais químicos e físicos? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |
| Resistente e de fácil manuseio, propiciando utilização segura? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | Por quê? |

Outras observações:

PARECER FINAL

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

Data do parecer: _____

___/___/___

Assinaturas _____
