

|                                                                                   |                                                |                                    |  |                  |        |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|--|------------------|--------|-------|-----|
|  | UFSC/HU/DE                                     | ( ) INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA |  |                  |        |       |     |
|                                                                                   | NUMAE                                          | ( ) QUEIXA TÉCNICA                 |  |                  |        |       |     |
| Pregão                                                                            |                                                | Item                               |  | Código           | 145319 | Arq.  | F.8 |
| Material                                                                          | FILTRO BACTERIANO E VIRAL TIPO HME, USO ADULTO |                                    |  | 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                                                                                              |                          |     |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|---------------------------------------|
| <b>EMBALAGEM:</b>                                                                                                                     |                          |     |                                       |
| Apresenta indicação de produto livre de látex?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Resistente, segura e com identificação de produto estéril?                                                                            | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Apresenta área de apoio adequada para abertura e propicia transferência asséptica?                                                    | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Isenta 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? |
| <b>TRAQUEINHA:</b>                                                                                                                    |                          |     |                                       |
| Maleável e extensível de maneira que permita a conexão segura?                                                                        | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Possui no mínimo 11cm quando comprimida considerando os conectores?                                                                   | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Possui adaptação para TOT ou cânula de traqueostomia, e circuito do ventilador mecânico?                                              | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| É maleável e com pouco acúmulo de água?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Permite fácil limpeza de água ou secreção?                                                                                            | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| <b>FILTRO:</b>                                                                                                                        |                          |     |                                       |
| Apresenta estrutura em polipropileno ou similar?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Material translúcido?                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Apresenta 1 via para capnógrafo                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Permite livre fluxo de ar entre paciente/ventilador?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Apresenta pouco acúmulo de água?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Permite aquecimento do ar inspirado?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Proporciona boa umidificação do ar inspirado?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| Diminui condensação de água nas traqueias do ventilador?                                                                              | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> Não Por quê? |
| <b>TUDO O MATERIAL:</b>                                                                                                               |                          |     |                                       |
| Material resistente e atóxico propicia segurança e facilidade no manuseio?                                                            |                          |     |                                       |
| Propicia ajuste seguro nas conexões?                                                                                                  |                          |     |                                       |
| <div> <b>PARECER FINAL FAVORÁVEL ( )</b> <b>DESAVORÁVEL ( )</b> </div> <div> Data do parecer: ____/____/____ Assinaturas _____ </div> |                          |     |                                       |