

|                                                                                   |                                                 |                                    |  |                  |        |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|--|------------------|--------|-------|------|
|  | UFSC/HU/DE                                      | ( ) INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA |  |                  |        |       |      |
|                                                                                   | NUMAE                                           | ( ) QUEIXA TÉCNICA                 |  |                  |        |       |      |
| Pregão                                                                            |                                                 | Item                               |  | Código           | 178094 | Arq.  | P.15 |
| Material                                                                          | PELICULA PROTETORA LÍQUIDA NÃO ALCOÓLICA, SPRAY |                                    |  | 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             |        |       |      |

|                                                                                                                |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>CAMPO A SER PREENCHIDO PELO NÚCLEO MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (NUMAEn)</b>                      |  |  |  |
| Apresenta RMS classe 2 (médio risco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |  |  |  |
| Considerações: _____                                                                                           |  |  |  |

|                                                                                                         |                              |                              |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|
| <b>CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA</b>                                                         |                              |                              |          |
| <b>EMBALAGEM:</b>                                                                                       |                              |                              |          |
| Resistente e segura?                                                                                    | <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 identificações do produto, lote, data de fabricação e validade de fácil visualização?            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| <b>PELÍCULA:</b>                                                                                        |                              |                              |          |
| Apresentação em frasco spray de 20 ml a 50 ml, não alcoólica?                                           | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| Isento de agentes alergizantes e irritantes dérmicos, livre de resíduos e impurezas, atóxico e indolor? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| Propicia proteção/barreira segura a pele contra fluidos irritantes e efluentes de ostomias?             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| Promove rápida secagem?                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| Permite a adesividade do equipamento de ostomia?                                                        | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| Resistente à água?                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| Resistente, segura e de fácil manuseio?                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| <b>TAMPA PROTETORA:</b>                                                                                 |                              |                              |          |
| Resistente, segura e de fácil manuseio?                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? |
| <b>Outras observações:</b> _____                                                                        |                              |                              |          |

|                                 |                                    |                                       |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>PARECER FINAL</b>            | <input type="checkbox"/> FAVORÁVEL | <input type="checkbox"/> DESFAVORÁVEL |
| Data do parecer: ____/____/____ | Assinaturas _____                  |                                       |