

| | | | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------|------|-------|
|  | UFSC/HU/DE | () INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA | | | |
| | NUMAE | () QUEIXA TÉCNICA | | | |
| Pregão | Item | Código | 164504 | Arq. | P.18 |
| Material | PLACA PARA BOLSA DE UROSTOMIA, FLANGE DE NO MÁXIMO 45MM - ORIFÍCIO CENTRAL DE 8 A 19MM, RECORTÁVEL NO MÍNIMO ATÉ 32MM | | 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 PELO NÚCLEO MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (NUMAEn) | |
|--|--|
| Apresenta RMS classe 1 (baixo risco)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Considerações: | _____ |

| CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA | |
|---|--|
| EMBALAGEM: | |
| Resistente e segura? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Fácil abertura manual? | <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, lote, data de fabricação e validade de fácil visualização? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| PLACA ADESIVA: | |
| Flange de no máximo 45 mm, recortável no mínimo até 32 mm e com pré-recorte de no máximo 19 mm? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Permite fácil recorte? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Apresenta barreira protetora adesiva com no mínimo 1 hidrocoloide? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Maleável, macio, flexível e adesividade segura? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| A flange apresenta sistema de encaixe e vedação seguro? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Propicia adesividade segura na região periestoma? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Proporciona conforto e segurança na utilização? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Propicia retirada sem trauma e sem deixar resíduos na pele? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Material resistente e de fácil manuseio? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ |
| Outras observações: | _____ |

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