

	UFSC/HU/DE	() INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA					
	NUMAE	() QUEIXA TÉCNICA					
Pregão		Item		Código	116980	Arq.	A.55
Material	AVENTAL DE PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, IMPERMEÁVEL, ESTÉRIL, NÃO LAMINADO			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)

Caso não possua RMS, possui laudo de eficiência de filtragem bacteriológica (BFE) da matéria prima maior ou igual à 99%?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Material em plástico OU em não tecido polipropileno com camada impermeável?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Dimensões mínimas de 120 cm de comprimento X 150 cm de cintura X 165cm punho a punho?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Considerações:	_____				

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA ÁREA TÉCNICA

EMBALAGEM:

Resistente, segura, com indicação de produto estéril?	<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?
Possui área de apoio adequada, e propicia abertura e transferência asséptica?	<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?

AVENTAL:

Material impermeável?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Características físicas (tamanho/medidas) propiciaram proteção adequada com os movimentos realizados durante o procedimento?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Apresenta decote redondo?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Apresenta manga longa soldada eletronicamente para proteção de todo o antebraço?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Isento de impurezas, irritantes dérmicos, inodoro e macio?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Proporciona fácil vestimenta, mobilidade adequada e conforto?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Mostrou resistência e segurança durante a utilização?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Por quê?
Apresenta parte posterior com proteção e sistema de ajuste adequado?	<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: _____	