

|                                                                                   |                                                                                                     |                                    |  |                  |        |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|------------------|--------|-------|------|
|  | UFSC/HU/DE                                                                                          | ( ) INSTRUMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA |  |                  |        |       |      |
|                                                                                   | NUMAE                                                                                               | ( ) QUEIXA TÉCNICA                 |  |                  |        |       |      |
| Pregão                                                                            |                                                                                                     | Item                               |  | Código           | 164502 | Arq.  | B.15 |
| Material                                                                          | BOLSA PARA UROSTOMIA (SISTEMA 2 PEÇAS) COM FLANGE DE NO MÁXIMO 45MM, ADAPTÁVEL À PLACA DE UROSTOMIA |                                    |  | 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 |
|------------------------------------------|
|------------------------------------------|

|                                                                                                     |                              |                              |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| <b>EMBALAGEM:</b>                                                                                   |                              |                              |                |
| Resistente e segura com indicação de produto estéril?                                               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Apresenta área de apoio adequado para abertura e transferência asséptica da embalagem?              | <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? _____ |
| <b>PLACA ADESIVA:</b>                                                                               |                              |                              |                |
| Maleável e macia, com hidrocoloide e de uso em pele íntegra ou lesada, propiciando conforto no uso? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Apresenta flange de no máximo 45 mm?                                                                | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Adesividade segura na região peristoma, sem descolamentos ou vazamentos?                            | <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? _____ |
| <b>BOLSA:</b>                                                                                       |                              |                              |                |
| Composição em plástico transparente, incolor, maleável, macia e à prova de odores?                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Proteção externa é maleável e macia, proporcionando conforto ao entrar em contato com a pele?       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Apresenta válvula anti-refluxo segura?                                                              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Sistema de escoamento e tampa protetora fixa à bolsa de vedação segura e fácil manuseio?            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| A flange apresenta sistema de encaixe e vedação seguros, sem vazamentos?                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| <b>TODO MATERIAL:</b>                                                                               |                              |                              |                |
| É atóxico, isento de irritantes dérmicos, resíduos e impurezas?                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por quê? _____ |
| Propicia conforto e segurança ao paciente durante a utilização?                                     | <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 _____                                                        |