



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul CNPJ: 13.183.513/0001-27
Hospital Municipal Getúlio Vargas - Rua Pinheiro Machado nº 331, Diel
Sapucaia do Sul - RS Telefone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br /fhgvrs /fundação-hospitalar-getúlio-vargas

FICHA PARECER TÉCNICO

Nº

Material e marca avaliado:

Lote:

Código no SIGH: 325

Quantidade:

Unidade avaliadora:

Descrição Padronizada:

Cateter para Oxigênio nº 8 Medsenda®

ITENS PARA AVALIAÇÃO

1) O material contempla a especificação padronizada?

() Sim () Não Obs.: _____

2) A embalagem é adequada para a utilização? (considerar abertura, exposição e identificação do item e registros, lote e instruções de uso)

() Boa () Regular () Ruim Obs.: _____

3) Durante o manuseio e/ou procedimento com o material houve a identificação de irregularidades ou efeito indesejável?

() Sim () Não Qual: _____

4) A utilização do item avaliado pode desencadear algum efeito adverso colocando em risco a segurança do paciente?

() Sim () Não Qual: _____

Pontos Positivos: _____

Pontos Negativos: _____

Observações: _____

Conclusão sobre o item acima especificado:

☒ Aprovado () Reprovado

Avaliador: _____

Cargo/Função: _____

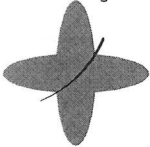
Data: / /

Unidade: _____

Conduta da Comissão de Parecer Técnico:

Material já utilizado pelos setores e não possui parecer negativo.

Geiza Feron Medeiros
Farmacêutica
CRF 10821

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Jessica Setor: Emergência
 Início do teste: 28/02/25 Término do teste: 1/1

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO:	<u>Cateter Central de Inserção Periférica em Silicone - PICE Uni hemem 4 FR x 60cm</u>
2. MARCA/ FORNECEDOR:	<u>Biomedical</u>
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA:	<u>Anvisa: 10196320050</u>
4. QUANTIDADE FORNECIDA:	<u>01</u> Lote: <u>44734A</u>

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? ☒ Sim () Não

OBS: _____

2. Avaliação da embalagem quanto à abertura: ☒ Boa () Regular () Ruim

OBS: _____

3. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim ☒ Não

OBS: _____

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim ☒ Não

OBS: _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

☒ APROVADO () REPROVADO

Justificativa: Material foi utilizado pelos setores e não possuem indícios de defeito nem reclamações.

Responsável pela avaliação (nome, categoria e número)

Geiza Feron Medeiros
 Farmacêutica
 CRF 10821



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul CNPJ: 13.183.513/0001-27
Hospital Municipal Getúlio Vargas - Rua Pinheiro Machado nº 331, Diel
Sapucaia do Sul - RS Telefone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br /fhgvrs /fundação-hospitalar-getúlio-vargas

FICHA PARECER TÉCNICO

Nº

Material e marca avaliado:

Coteter Mono Lumen 5F Neonatal

Lote:

Quantidade:

Unidade avaliadora:

Código no SIGH:

Descrição Padronizada:

Biomedical

ITENS PARA AVALIAÇÃO

1) O material contempla a especificação padronizada?

() Sim () Não Obs.: _____

2) A embalagem é adequada para a utilização? (considerar abertura, exposição e identificação do item e registros, lote e instruções de uso)

() Boa () Regular () Ruim Obs.: _____

3) Durante o manuseio e/ou procedimento com o material houve a identificação de irregularidades ou efeito indesejável?

() Sim () Não Qual: _____

4) A utilização do item avaliado pode desencadear algum efeito adverso colocando em risco a segurança do paciente?

() Sim () Não Qual: _____

Pontos Positivos: _____

Pontos Negativos: _____

Observações: _____

Conclusão sobre o item acima especificado:

☒ Aprovado () Reprovado

Avaliador: _____

Cargo/Função: _____

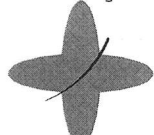
Data: ____/____/____

Unidade: _____

Conduta da Comissão de Parecer Técnico:

Material foi utilizado pelas unidades e não possui parecer negativo.

Jeiza Feron Medeiros
Farmacêutica
CRF 10821

 FUNDACÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Ana Setor: _____
Início do teste: 28/07/25 Término do teste: 05/08/25

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO:	<u>Cateter Nasal Oxigênio Tipo Óculos Neonatal 4FR</u>
2. MARCA/ FORNECEDOR:	<u>Foyomed</u>
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA:	<u>10150470500</u> <u>Nota: Fy 2312073</u>
4. QUANTIDADE FORNECIDA:	<u>01</u>

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? () Sim (X) Não

OBS: A empresa disponibilizou somente 01 cateter

2. Avaliação da embalagem quanto à abertura: (X) Boa () Regular () Ruim

OBS: Bom com facilidade

3. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim (X) Não

OBS: _____

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim (X) Não

OBS: _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU

Pontos positivos: cateter flexível, adapta bem no bebê.

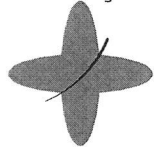
Pontos negativos: _____

CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

(X) APROVADO () REPROVADO

Justificativa: _____

Ana Paula Mesquita
Linha de Cuidado
Mãe, Bebê e Criança
Coordenadora
Ana Paula Mesquita
Responsável pela avaliação (nome, categoria e carimbo)

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Jessica Setor: Emergência
 Início do teste: 29/02/25 Término do teste: / /

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO:	<u>Cateter Central de Inserção Periférica em Silicone PCC Uni lúmen 3FR x 60cm</u>	
2. MARCA/ FORNECEDOR:	<u>Biomedical</u>	
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA:	<u>10196320050</u>	
4. QUANTIDADE FORNECIDA:	<u>01</u>	<u>Lote: 44742</u>

1.A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? ☒ Sim () Não

OBS: _____

2.Avaliação da embalagem quanto à abertura: ☒ Boa () Regular () Ruim

OBS: _____

3.Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim ☒ Não

OBS: _____

4.Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim ☒ Não

OBS: _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

☒ APROVADO () REPROVADO

Justificativa: Material já utilizado pelas unidades e não possuem
índice de rejeição nem reclamações.

Responsável pela avaliação (nome, categoria e carimbo)

Geiziane Medeiros
 Farmacêutica
 CRF 10821



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul CNPJ: 13.183.513/0001-27
Hospital Municipal Getúlio Vargas - Rua Pinheiro Machado nº 331, Diel
Sapucaia do Sul - RS Telefone: (51) 3451.8200

 www.fhgv.com.br

 /fhgvrs

 /fundação-hospitalar-getúlio-vargas

FICHA PARECER TÉCNICO

Nº

Material e marca avaliado:

Lote:

Código no SIGH: 11504

Quantidade:

Unidade avaliadora:

Descrição Padronizada:

Descartapack

ITENS PARA AVALIAÇÃO

1) O material contempla a especificação padronizada?

☒ Sim () Não Obs.: _____

2) A embalagem é adequada para a utilização? (considerar abertura, exposição e identificação do item e registros, lote e instruções de uso)

☒ Boa () Regular () Ruim Obs.: _____

3) Durante o manuseio e/ou procedimento com o material houve a identificação de irregularidades ou efeito indesejável?

() Sim ☒ Não Qual: _____

4) A utilização do item avaliado pode desencadear algum efeito adverso colocando em risco a segurança do paciente?

() Sim ☒ Não Qual: _____

Pontos Positivos: _____

Pontos Negativos: _____

Observações: _____

Conclusão sobre o item acima especificado:

☒ Aprovado () Reprovado

Avaliador: _____

Cargo/Função: _____

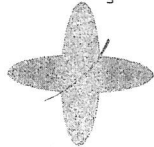
Data: ____/____/____

Unidade: _____

Conduta da Comissão de Parecer Técnico:

Material foi utilizado pelas unidades e não possui parecer negativo.

Geiza Feron Medeiros
Farmacêutica
CRE 10821

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Angela (Coordenadora) Setor: Emergência
Início do teste: / / Término do teste: / /

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO: <u>Dispositivo intravenoso (Scalp) Nº 40</u>
2. MARCA/ FORNECEDOR: <u>Descorreck</u>
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA: <u>40330660246</u>
4. QUANTIDADE FORNECIDA: <u>4</u>

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? ☒ Sim () Não

OBS:

2. Avaliação da embalagem quanto à abertura: ☒ Boa () Regular () Ruim

OBS:

3. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim ☒ Não

OBS:

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim ☒ Não

OBS:

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU

Pontos positivos: Atende as expectativas esperadas do produto.

Pontos negativos: Nenhum.

CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

☒ APROVADO () REPROVADO

Justificativa:

Jéssica da Silva Pinto
Coordenadora Emergência
HMG - Sapucaia
COREN-RS 154744-ENF.

Faiane Ferreira

Responsável pela avaliação* (nome, categoria e carimbo)

COREN RS Nº 519802



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul CNPJ: 13.183.513/0001-27
Hospital Municipal Getúlio Vargas - Rua Pinheiro Machado nº 331, Diel
Sapucaia do Sul - RS Telefone: (51) 3451.8200

 www.fhgv.com.br

 /fhgvs

 /fundação-hospitalar-getúlio-vargas

FICHA PARECER TÉCNICO

Nº

Material e marca avaliado:

Lote:

Código no SIGH: 11500

Quantidade:

Unidade avaliadora:

Descrição Padronizada:

Descarpack

ITENS PARA AVALIAÇÃO

1) O material contempla a especificação padronizada?

(X) Sim () Não Obs.: _____

2) A embalagem é adequada para a utilização? (considerar abertura, exposição e identificação do item e registros, lote e instruções de uso)

(X) Boa () Regular () Ruim Obs.: _____

3) Durante o manuseio e/ou procedimento com o material houve a identificação de irregularidades ou efeito indesejável?

() Sim (X) Não Qual: _____

4) A utilização do item avaliado pode desencadear algum efeito adverso colocando em risco a segurança do paciente?

() Sim (X) Não Qual: _____

Pontos Positivos: _____

Pontos Negativos: _____

Observações: _____

Conclusão sobre o item acima especificado:

(X) Aprovado () Reprovado

Avaliador: _____

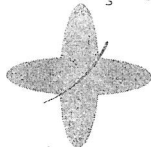
Cargo/Função: _____

Data: / /

Unidade: _____

Conduta da Comissão de Parecer Técnico: Material já utilizado pelas unidades e não apresenta parecer negativo

Geiza Feron Medeiros
Farmacêutica
CRF 10821

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Jessica (Coordenadora) Setor: Emergência
 Início do teste: 27/02/25 Término do teste: / /

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO:	<u>Dispositivo intracraniano (Scalp) NR 23</u>
2. MARCA/ FORNECEDOR:	<u>Ducorpack</u>
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA:	<u>40330660246</u>
4. QUANTIDADE FORNECIDA:	<u>4</u>

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? ☒ Sim () Não

OBS: _____

2. Avaliação da embalagem quanto à abertura: ☒ Boa () Regular () Ruim

OBS: _____

3. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim ☒ Não

OBS: _____

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim ☒ Não

OBS: _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU
 Pontos positivos: Atende as expectativas esperadas

Pontos negativos: Nenhum

☒ APROVADO () REPROVADO
 Justificativa: _____

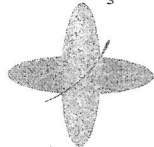
CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

Fabiane Ferreira

Responsável pela avaliação (nome, categoria e carimbo)

Coun 513802

Jessica da Silva Pinheiro
 Coordenação Emergência
 HMGV Sapucaia
 COREN-RS 154744-ENF.

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Marica (Coordenadora) Setor: Emergência
 Início do teste: / / Término do teste: / /

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO: <u>Dispositivo intravenoso (Scales) Nº 25</u>
2. MARCA/ FORNECEDOR: <u>Dextrocheck</u>
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA: <u>43030600246</u>
4. QUANTIDADE FORNECIDA: <u>4</u>

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? ☒ Sim () Não
 OBS: _____

2. Avaliação da embalagem quanto à abertura: ☒ Boa () Regular () Ruim
 OBS: _____

3. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim ☒ Não
 OBS: _____

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim ☒ Não
 OBS: _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

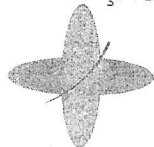
CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

☒ APROVADO () REPROVADO

Justificativa: MATERIAL já utilizado pelas unidades e não possui parecer negativo.

Responsável pela avaliação (nome, categoria e registro)

Geiza Feron Medeiros
 Farmacêutica
 CRF 10821

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS	Hospital Municipal Getúlio Vargas Rua Pinheiro Machado, 331 - Diel - Sapucaia do Sul - RS - Cep: 93210-180 Fone: (51) 3451.8200 - www.fhgv.com.br Fundação Hospitalar Getúlio Vargas - CNPJ: 13.183.513/0001-27
	FICHA DE PARECER TÉCNICO

Nome do trabalhador: Geiza (Coordenadora) Setor: emergência
 Início do teste: / / Término do teste: / /

Consideração: Para a avaliação do material, considerar os requisitos básicos mencionados neste documento, preencher corretamente as informações através de uma avaliação completa e assim a emissão do Parecer Técnico.

Objetivo: Preencher o Parecer técnico com avaliação segura e concreta para melhorar e qualificar a assistência ao paciente e padronizar através da Comissão de padronização.

1. MATERIAL TESTADO: <u>Dispositivo intravenoso (Scler) Nº 27</u>
2. MARCA/ FORNECEDOR: <u>Duncan</u>
3. Nº DE REGISTRO/ ANVISA: <u>403 30660 246</u>
4. QUANTIDADE FORNECIDA: <u>4</u>

1. A quantidade de material oferecida para teste foi suficiente? ☒ Sim () Não

OBS: _____

2. Avaliação da embalagem quanto à abertura: ☒ Boa () Regular () Ruim

OBS: _____

3. Durante o manuseio com o material houve a identificação de irregularidades no produto? () Sim ☒ Não

OBS: _____

4. Durante o procedimento com o material ocorreu algum tipo de efeito indesejável? () Sim ☒ Não

OBS: _____

APÓS AVALIAÇÃO DO PRODUTO VOCÊ DETECTOU

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

CONCLUSÃO DO TESTE REALIZADO

☒ APROVADO () REPROVADO

Justificativa: Material foi utilizado pelas unidades e não possui
parecer negativo.

Responsável pela avaliação (nome, categoria e carimbo)

Geiza Feron Medeiros
 Farmacêutica
 CRF 10821

Identificação interna do documento 89WTBV1QB9-F11U8TU2



Nome do arquivo:

Untitled_13032025_171221_202503131807175228067.pdf

Data de vinculação à solicitação: 13/03/2025 21:07

Autor: Geiza Feron Medeiros (geiza.medeiros)

Aplicativo: 270133