FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO

ITEM 3 — CAPA DE CHUVA MODELO SAMU (UNID)

Certificação exigível: *Não classificada como EPI padrão do Anexo I da NR-6 (sem CA obrigatório). Exigir laudo/ficha técnica de impermeabilidade (índice de coluna d'água ou ensaio de estanqueidade, ex. NBR 10456 / ISO 811) e, para as fitas refletivas, conformidade com a ABNT NBR 15292 (retrorrefletividade).*

Nº	Critério de Avaliação	Parâmetro Objetivo de Verificação (Referência: Anexo I)	Forma de Verificação	Resultado
1	**Tecido / Impermeabilidade**	Tecido impermeável, cor azul-marinho; comprovação de índice de impermeabilidade por laudo técnico ou declaração do fabricante com ensaio.	**Documental**	(X) Atende ( ) Não atende ( ) N/A
2	**Fitas refletivas**	Presença de fitas refletivas visíveis em condições de baixa luminosidade, com desempenho retrorrefletivo compatível com a NBR 15292.	**Física + Documental**	(X) Atende ( ) Não atende ( ) N/A
3	**Identidade visual**	Símbolo SAMU serigrafado conforme manual de identidade visual do SAMU (posição, cores e proporções).	**Física**	(X) Atende ( ) Não atende ( ) N/A
4	**Modelagem / Dimensões**	Comprimento base até a altura do joelho; modelo jaqueta com capuz; abertura frontal com fecho; lapela corta-vento fixada em velcro.	**Física**	(X) Atende ( ) Não atende ( ) N/A
5	**Bolsos**	Dois bolsos frontais fechados com lapela, funcionais e bem fixados.	**Física**	( ) Atende (X) Não atende ( ) N/A
6	**Costura / Acabamento**	Costuras seladas ou reforçadas nos	**Física**	(X) Atende ( ) Não atende

Nº	Critério de Avaliação	Parâmetro Objetivo de Verificação (Referência: Anexo I)	Forma de Verificação	Resultado
		pontos críticos (ombros, mangas, capuz), sem infiltração aparente nas emendas.		( ) N/A
7	**Grade de tamanhos**	Disponibilidade nos tamanhos P, M, G, GG e EG.	**Física**	(X) Atende ( ) Não atende ( ) N/A

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO
Av. João Corrêa, 1350, loja 01, Centro – São Leopoldo - RS CEP 93020-668
e-mail: gestaodepessoas@fmssl.rs.gov.br

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO

5. PARECER FINAL DA AVALIAÇÃO: Amostra da Capa de Chuva

(X) **AMOSTRA APROVADA**	( ) **AMOSTRA REPROVADA**

Justificativa Técnica Obrigatória (em caso de reprovação, citar textualmente o(s) item(ns) descumprido(s) do Edital, do Anexo I ou da norma técnica aplicável):

Avaliador(es) Responsável(is): LUCIANO AGUIAR FERNANDES

Cargo / Nº do Conselho ou Registro Profissional (quando aplicável): GERENTE SAMU.

Data: 20 / 10 / 2026

Luciano A. Fernandes
Enfermeiro - SAMU
COREN-RS 393042

Assinatura: _____