



SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO / EXCLUSÃO DE MATERIAL
MÉDICO-HOSPITALAR

SOLICITANTE				
TIPO DE SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> PADRONIZAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO				
NOME DO MATERIAL				
MARCA		CONSUMO MENSAL PREVISTO		
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
NOME DO SOLICITANTE (POR EXTENSO)		SETOR	DATA	
ASSINATURA DA CHEFIA DO SETOR				
AVALIADOR TÉCNICO				
FORNECEDOR		NÚMERO DE AMOSTRAS		
NÚMERO DO LOTE	DATA DE VALIDADE	QUAL O PROCEDIMENTO REALIZADO NO TESTE DO MATERIAL?		
_____	_____	_____		
_____	_____	_____		
AVALIAÇÃO DA EMBALAGEM		BOA	REGULAR	RUIM
QUANTO A ABERTURA				
QUANTO À INFORMAÇÃO (LOTE, VALIDADE, ETC)				
QUANTO À ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO				
DURANTE O MANUSEIO HOUVE A IDENTIFICAÇÃO DE IRREGULARIDADES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
DURANTE O PROCEDIMENTO OCORREU ALGUM TIPO DE EFEITO INDESEJÁVEL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
PARECER DA AVALIAÇÃO TÉCNICA _____ _____				
		<input type="checkbox"/> APROVADO	<input type="checkbox"/> REPROVADO	
NOME DO AVALIADOR (POR EXTENSO)		SETOR	DATA	
COMISSÃO				
PARECER DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR ? <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REPROVADO				
JUSTIFICATIVA _____ _____ _____ _____				
NOME DO MEMBRO RESPONSÁVEL (POR EXTENSO)			DATA	