Catálogo

# Médico-hospitalar

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

# CATÁLOGO MÉDICO-HOSPITALAR

Brasília – DF 2021
3ª Versão

© 2018 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra são da área técnica. A coleção institucional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pode ser acessada, na integra, no endereço saude.df.gov.br

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Secretário de Saúde: Osnei Okumoto

Secretário-Adjunto de Assistência à Saúde: Petrus Leonardo Barron

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde: Alexandre Garcia Barbosa

Coordenação de Atenção Especializada à Saúde: Arilene de Souza Luis

Coordenação de Atenção Secundária e de Integração de Serviços: Lauanda Amorim

Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Terapêutica: Oronides Urbano Filho

Diretoria de Serviços de Internação: Simone Rios Fonseca

Diretoria de Enfermagem: Cristiane Pinto Costa Vieira

Diretoria de Atenção Secundária e de Integração de Serviços: Fernanda Martins de Siqueira Chagas

Áreas Isoladas Norte – SAIN, Edifício Sede, Bloco A Térreo, Subsolo sala 126.

70086-900, Brasília - DF

Home page: saude.df.gov.br

Elaboração:

Viviane Katielle de Souza Pereira  Enfermeira, Diretoria de Enfermagem – DIENF

Bruna de Sa Oliveira Paraíso – Referência Técnica Distrital de Cirurgia Pediátrica

Carolina Neiva Mendes – Gerência de Serviços Cirúrgicos – GESCIR

Clendes Pereira - Referência Técnica Distrital Colaborador de Cirurgia Geral

Daniela Mariano Carvalho Louro - Referência técnica Distrital de Gastroenterologia

Diego Viegas Barbosa - Referência Técnica Distrital Colaborador da Cirurgia Geral

Edna Maria Marques -  Referência Técnica Distrital Colaboradora de cardiologia

Elaine Monteiro de Sousa - Referência técnica Distrital de Nefrologia

Eliziane Brandão leite - Referência técnica Distrital de Endocrinologia

Flaviene Alves do Prado - Referência técnica Distrital Colaboradora de Endocrinologia

Flávio Lúcio - Referência técnica Distrital de Mastologia

Fernando Cláudo Genschow - Referência técnica Distrital de Acupuntura

Fernando Pontes  – Referência técnica Distrital de Cirurgia Plástica

Hermes Gonçalves de Aguiar Júnior - Referência técnica Distrital de Endoscopia

Jorge Luiz Fernandes Oliva - Referência técnica Distrital de Ortopedia

Lucila Annie Baldiotti Farias – Referência Técnica Distrital de Anestesiologista

Marta de Betânia Rabelo Teixeira - Referência técnica Distrital de Ginecologia

Adriana Ferreira - Referência técnica Distrital de Neurologia

Núbia Vanessa dos Anjos Lima – Referência Técnica Distrital de Oftalmologista

Rosana Costa Oliveira - Referência técnica Distrital de Cardiologia

Edna Maria - Referência técnica Distrital Colaboradora de Cardiologia

Sergio Luiz Melo - Referência Técnica Distrital de Cirurgia Geral

Fabio Assunção - Referência técnica Distrital Colaborador – Ortopedista

Colaboração:

Luana Brito Holanda – Enfermeira, Gerência de Serviços Cirúrgicos – GESCIR

Marcela Rocha Garcia – Enfermeira, Diretoria de Enfermagem – DIENF

Capa e diagramação: Danielle Freire

Ficha Catalográfica _____

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.

Catálogo de Materiais Médico Hospitalares: Volume 1 – Materiais Médicos Hospitalares / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Coordenação. – 1. Ed. – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019.

XX p. Normas e manuais técnicos) ISBN
XXX-XX-XXX-XXXX-X

1. Manuais. 2. Catálogo de Materiais médico-hospitalares. NLW XX XXX

INTRODUÇÃO

São classificados como Materiais Médico Hospitalares e correlatos os aparelhos, produtos, substâncias ou acessórios não enquadrados como drogas, medicamentos ou insumos farmacêuticos, utilizados direta ou indiretamente nos diversos procedimentos médicos,com a finalidade diagnóstica, terapêutica, curativa e preventiva do paciente, objetivando sua rápida recuperação. Sua utilização também está ligada à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, assim como à higiene pessoal ou de ambientes hospitalares (Lei nº 5.991/73).

A gestão de materiais médico hospitalares na área de saúde representa um dos processos gerenciais mais complexos e com elevado custo, que exige constantes atualizações devido as mudanças e surgimento de novos produtos no mercado e, ainda, o cuidado na seleção de materiais para assistir os pacientes com segurança e qualidade.

O objetivo geral desde Catálogo de Materiais Médico Hospitalares é promover um maior nível de organização dos processos de trabalho favorecendo uma gestão de materiais mais eficiente, com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com menor custo e, ainda, o estabelecimento de um maior nível de previsibilidade dos materiais necessários a assistência aos usuários da Rede SES-DF em todos os níveis de atenção. Os objetivos específicos passam por padronizar os materiais médicos hospitalares com qualidade e racionalidade, permitir consultas por parte de toda equipe técnica, oferecer subsídios para a elaboração dos instrumentos de planejamento, conforme previsto no Regulamento de Contratações da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Portaria Nº 210, de13 de abril de 2017), otimizar o trabalho do setor de programação e compras da SES-DF.

Há de se aclarar, a especificação dos Produtos para a Saúde da SES-DF atende ao princípio da padronização, conforme prevê os seguintes Art. da Lei Nº 8. 666 de 21 de Junho de 1993:

> *Art. 14. Nenhuma compra será feita sem a adequada caracterização de seu objeto e indicação dos recursos orçamentários para seu pagamento, sob pena de nulidade do ato e responsabilidade de quem lhe tiver dado causa.*
>
> *Art. 15. As compras, sempre que possível, deverão: (Regulamento) I - atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas;*

Neste Catálogo constam todos os Materiais Médico Hospitalares padronizados pela SES-DF de compra regular, com as informações técnicas necessárias, contemplando os três níveis da atenção, visando atender toda a Carteira de Serviços da SES-DF.

A Padronização consiste na incorporação de determinado produto à lista de artigos passíveis de serem comprados para estarem disponíveis para prescrição, dispensação e utilização. As padronizações de materiais estão vinculadas às comissões de padronização da SES-DF, instância colegiada de caráter permanente responsável pela seleção e pela avaliação sistemática da Relação de Produtos para a Saúde da SES/DF, com competência para revisão, supressão e acréscimo de bens e elaboração de cadernos técnicos, conforme Art. 72 da Portaria 210 de 13 de Abril de 2017, que estabelece o Regulamento de Contratações da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Ressalta-se que os requisitos necessários para a padronização seguem metodologia de trabalho definida que inclui uma complexa avaliação de fatores:

- ✓ Apresentar benefícios clínicos sabidamente comprovados por evidência científica, baseada em boas práticas clínicas e/ou estudos científicos;

- ✓ Apresentar informações completas quanto à aplicabilidade e características (matéria-prima, composição, tamanho, capacidade, especificidades que diferenciam o material, processo de esterilização, prazo de validade);
- ✓ O produto para a saúde deverá ter comprovada efetividade e segurança;
- ✓ O produto para a saúde deverá estar inserido em protocolos ou rotinas assistenciais já existentes na comunidade científica;
- ✓ A escolha do produto para a saúde deverá considerar a possibilidade e utilização no maior número de pacientes;
- ✓ Apresentar registro de acordo com a legislação pertinente vigente, em observância às normas da ABNT, Ministério da Saúde, ANVISA, Portarias e correlatos;
- ✓ Apresentar condições estruturais de estoque, armazenamento, transporte e manuseio operacional;
- ✓ Avaliação do produto como pré-qualificação;
  - ✓ Deve possuir mais de um fabricante, de preferência.

O Catálogo foi desenvolvido de forma multidisciplinar com a participação das áreas técnicas desta Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, organizado por especialidade, com ficha padrão, conforme Norma Zero, estabelecida por esta Secretaria de Saúde: Descrição do objeto, código SES e BR, informações extras para justificativa da contratação, forma de apresentação, documentações legais necessárias e outras informações pertinentes para a aquisição, protocolos de avaliação, indicação do parecerista responsável pela análise técnica, com a respectiva classificação dos níveis de Atenção à Saúde que utilizam cada um dos materiais e índice de criticidade do objeto.

Cabe destacar que como ferramenta norteadora para avaliação da prioridade foi utilizado o Método de Criticidade – XYZ, o qual avalia quanto o item é imprescindível para a continuidade da assistência conforme definição abaixo:

- Itens classificados como Z - a falta causará interrupção nos processos assistenciais e não têm substitutos;
- Itens classificados como Y - a falta não acarretará efeitos a curto prazo, são itens importantes, mas sua falta não interfere nos processos caso haja substituto compatível;
- Itens classificados como X - os demais que não se enquadram nas descrições acima.

Ressaltamos ainda que a Revisão e atualização do Catálogo ocorrerá de forma periódica, coordenada pelas comissões de padronização instituídas pela Secretaria de Saúde do DF.

# INDICE DE PRODUTOS


GRUPO: ENFERMAGEM....23

EQUIPO SIMPLES PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, INJETOR LATERAL MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE....23

EQUIPO MICROGOTAS GRAVITACIONAL, COM BURETA 150ML, ESTÉRIL....26

EQUIPO FOTOPROTETOR PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, ESTÉRIL....29

EQUIPO ESPECIAL PARA ADMINISTRAÇAO DE QUIMIOTERAPICO, TIPO GRAVITACIONAL, ESTERIL....32

EQUIPO COM BURETA PARA BOMBA DE INFUSÃO LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE (compra suspensa)....35

EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTALTICO LINEAR, TIPO SIMPLES (compra suspensa)....38

EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTALTICO LINEAR, TIPO FOTOSSENSÍVEL (compra suspensa)....41

EQUIPO SIMPLES PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE (compra suspensa)....44

EQUIPO FOTOSSENSÍVEL, PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE (compra suspensa)....47

EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET....50

EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET, PARA SOLUÇÕES FOTOSSENSÍVEIS....53

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL....56

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S, TIPO FOTOSSENSÍVEL, ESTÉRIL....59

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT BRAUN, ESTÉRIL....62

EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT B.BRAUN....65

EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT B BRAUN....68

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL....71

EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL....74

EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL....77

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL....80

EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL....83

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL....86

EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, ESTÉRIL....89

EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY....92

EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY....95

EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 20 CM COMPRIMENTO, ESTÉRIL....98

EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 40 CM COMPRIMENTO ESTERIL....100

EQUIPO ESTERIL INTERMEDIARIO DE 2 VIAS PRIMING REDUZIDO....102

EQUIPO INTERMEDIARIO 2 VIAS, 15 CM (+/-2CM), ESTERIL....105

EQUIPO PARA IRRIGAÇÃO VESICAL....107

FILTRO DE 0,22 MICRA PARA INFUSÃO DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS (compra suspensa)....110

DISPOSITIVO SPIKE PARA PREPAR0 E RECONSTITUIÇÃO DE CITOSTÁTICOS....112

DISPOSITIVO PARA MISTURA OU RECONSTITUIÇAO DE DROGAS....115

DISPOSITIVO PARA AUXILIO DE IRRIGAÇAO E LAVAGEM DE CAVIDADES E FERIDAS....117

TORNEIRA DESCARTÁVEL COM TRÊS VIAS, ESTÉRIL....119

TAMPA OCLUSORA PARA DISPOSITIVOS DE INFUSÃO, ESTÉRIL....122

CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA **(em fase de Despadronização, será substituído pelo código 37602)**....124

CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA....126

CATETER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA **(EM FASE DE DESPADRONIZAÇÃO, SERÁ SUBSTITUÍDO PELO CÓDIGO 37603)**....128
CATETER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA....130
CATETER NASAL NEONATAL, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA....132
CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 0, NÃO ESTÉRIL....134
CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 1, NÃO ESTÉRIL....137
CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 2, NÃO ESTÉRIL....140
CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 3, NÃO ESTÉRIL....143
CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 4, NÃO ESTÉRIL....146
CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 5, NÃO ESTÉRIL....149
CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO ADULTO, NÃO ESTÉRIL....151
CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL....153
ESPAÇADOR PARA INALADOR DOSIMETRADO PRESSURIZADO VOLUME DA CÂMARA DE NO MÍNIMO 140 ML E MÁXIMO DE 350 ML NÃO ESTÉRIL, USO INDIVIDUAL....155
CONECTOR PARA AEROSSOLTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESTÉRIL....157
MASCARA DE NAO-REINALAÇAO - MODELO ADULTO....159
MÁSCARA DE NAO-REINALAÇAO - MODELO PEDIATRICO....161
MÁSCARA DE VENTURI ADULTO....163
MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA....165
MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO....167
MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA ADULTO....169
MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA INFANTIL....171
SERINGA HIPODÉRMICA 1ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....173
SERINGA HIPODERMICA 1ML, COM AGULHA 13X4,5, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTAVEL, ESTERIL....176
SERINGA HIPODÉRMICA 1 ML COM AGULHA 13 X 3,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA....179
SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 20 X 0,55, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....182
SERINGA HIPODÉRMICA DE 3 ML COM AGULHA 25 X 0,6 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA....185
SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....188
SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....191
SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA....194
SERINGA HIPODÉRMICA 10 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....197
SERINGA HIPODERMICA 10ML SEM AGULHA, DESCARTAVEL, ESTERIL, BICO LUER SLIP....200
SERINGA HIPODÉRMICA 20ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....203
SERINGA 60 ML SEM AGULHA, DESCARTAVEL, ESTERIL....206
SERINGA DESCARTAVEL DE 50 A 60ML COM BICO CATETER, ESTÉRIL....209
SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50UI, AGULHADA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....212
SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50U, AGULHADA, ESTÉRIL, DE USO DOMICILIAR COM DISPENSAÇÃO PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE....215
AGULHA HIPODÉRMICA 13 X 0,45 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL....218
AGULHA HIPODÉRMICA 20 X 0,55 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL....221
AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,7MM COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL....224
AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL....227
AGULHA PARA ASPIRAÇAO DE MEDICAMENTO 1,2 X 25 MM PONTA ROMBA, DESCARTAVEL....230
AGULHA HIPODÉRMICA 30 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL....233

AGULHA HIPODÉRMICA 40 X 1,2 C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA DESCARTÁVEL....236
AGULHA PARA CANETA DE INSULINA 5 x 0,25MM, ESTÉRIL....239
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 10 FR INFANTIL, ESTÉRIL....241
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL 12FR, ESTÉRIL....243
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO 14FR, ESTÉRIL....245
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO 16 FR, ESTÉRIL....247
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 5 FR NEONATAL....249
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 6 FR NEONATAL/ INFANTIL, ESTÉRIL....251
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL 8 FR, ESTÉRIL....253
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL 10 FR, ESTÉRIL....255
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 12 FR INFANTIL, ESTÉRIL....257
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 14 FR, ESTÉRIL....259
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 16 FR, ESTÉRIL....261
CÂNULA DE GUEDEL Nº0 (60 MM), NÃO ESTÉRIL....263
CÂNULA DE GUEDEL Nº 1 (70 MM), NÃO ESTÉRIL....265
CÂNULA DE GUEDEL Nº 2 (80 MM), NÃO ESTÉRIL....267
CÂNULA DE GUEDEL Nº 3 (90 MM), NÃO ESTÉRIL....269
CÂNULA DE GUEDEL Nº 4 (100 MM), NÃO ESTÉRIL....271
CANULA DE GUEDEL Nº 5 (110 MM)....273
TUBO DE SILICONE Nº 204....275
TUBO EXTENSOR DE PVC PARA OXIGENOTERAPIA....277
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 08....279
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 10....281
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 12....283
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 14....285
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 16....287
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 18....289
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 20....291
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 22....293
SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 24....295
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 06....297
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 08....299
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 10....301
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 12....303
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 16....305
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 18....307
SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 20....309
SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 20....311
SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 22....313
SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 24....315
SONDA DE FOLEY 3 VIAS SILICONE Nº 22....316
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 04....319
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 06....321

SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 08....323
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06....325
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 08....327
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 10....329
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 12....331
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14....333
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16....335
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18....337
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20....339
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 22....341
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL NEONATAL Nº 06....343
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PEDIÁTRICA Nº 08....345
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 10....347
SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 12....349
CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO TAMANHO PEDIÁTRICO Nº 08, ESTÉRIL....351
CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 10, ESTÉRIL....353
CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 12, ESTÉRIL....355
CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 10, ESTÉRIL....357
CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 12, ESTÉRIL....359
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04....361
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06....363
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08....365
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10....367
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12....369
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14....371
SONDA RETAL Nº 20....373
SONDA URETRAL Nº 04....375
SONDA URETRAL Nº 06....377
SONDA URETRAL Nº 08....379
SONDA URETRAL Nº 10....381
SONDA URETRAL Nº 12....383
SONDA URETRAL Nº 14....385
SONDA URETRAL Nº 16....387
SONDA URETRAL 18....389
SONDA URETRAL Nº 20....391
SONDA URETRAL Nº 22....393
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 14G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....395
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 16G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....397
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 18G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....399
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 20G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....401
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 22G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....403
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 24G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....405
ESCALPE N° 19, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....407

ESCALPE N° 21, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....409
ESCALPE N° 23, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....411
ESCALPE N° 25, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....413
ESCALPE N° 27, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL....415
AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 15MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM)....417
AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 19MM (VARIAÇÃO + OU - 2MM)....419
AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 25MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM)....421
PROTETOR DE PELE EM PÓ, NÃO ESTÉRIL....423
PASTA PROTETORA DE PELE COM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL....425
PASTA PROTETORA DE PELE EM TIRA, SEM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL....427
PLACA PROTETORA DE PELE PERIESTOMA 15 CM x 15 CM, NÃO ESTÉRIL....429
PROTETOR DE ESTOMA ADULTO, NÃO ESTÉRIL....431
SISTEMA DE IRRIGAÇÃO PARA COLOSTOMIA, NÃO ESTÉRIL....433
OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL....436
OBTURADOR PARA COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 35 MM, NÃO ESTÉRIL....438
CINTO ELÁSTICO ADULTO, NÃO ESTÉRIL....440
FRASCO COLETOR DE SECREÇAO BIOLÓGICA, 50 A 120 ML, 2 VIAS , ESTÉRIL....442
COLETOR DE SECREÇÃO PARA DRENAGEM DE GRANDES CAVIDADES, USO EXCLUSIVO NO CENTRO CIRÚRGICO E NO CENTRO OBSTÉTRICO....444
FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL....446
FRASCO COLETOR, 500 A 600 ML, PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, DESCARTÁVEL....448
COLETOR DE URINA ABERTO ADULTO, NÃO ESTÉRIL....451
COLETOR DE URINA ABERTO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL....453
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO, ESTÉRIL....455
COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (COMPLETO), ESTÉRIL....457
SONDA INTESTINAL PARA INCONTINÊNCIA FECAL ESTÉRIL....459
BOLSA COLETORA PARA INCONTINENCIA FECAL NAO ESTERIL....461
CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL....463
CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL....466
CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA SACRAL COM TAMANHO MÍNIMO 18 CM X 18 CM, ESTÉRIL....469
CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL....472
CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, SACHÊ, ESTÉRIL....475
CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL, RECORTÁVEL....478
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL....481
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 20 CM, ESTÉRIL....484
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE, ESTÉRIL....487
CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL....490
CURATIVO ESTÉRIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA. (EM DESPADRONIZAÇÃO – SERÁ SUBSTITUÍDO PELO CÓDIGO 37974)....493
CURATIVO ESTÉRIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA....496
CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,5 CM x 150 CM, ESTÉRIL....499
CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,6 CM X 7,6 CM, ESTÉRIL....502
CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 4 CM x 5 CM (+ ou - 1 cm), ESTÉRIL....505

CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 7 CM x 8 CM (+ ou - 1 cm), ESTÉRIL....508
CURATIVO EM PELICULA TRANSPARENTE ADESIVO COM GEL DE CLOREXIDINA 2%....511
CURATIVO BOTA DE UNNA, NÃO ESTÉRIL....514
BANDAGEM PARA COMPRESSÃO, NÃO ESTÉRIL....517
SOLUÇAO AQUOSA A BASE DE POLIHEXANIDA PARA LIMPEZA DE LESOES....520
CURATIVO DE HIDROFIBRA, ESTÉRIL....523
CURATIVO ANTISSÉPTICO CIRCULAR PRONTO PARA USO, ESTÉRIL....526
AGE (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS)....528
CURATIVO DE TRANSFERENCIA DE EXSUDATO COM SILICONE SUAVE 15 CM x 20 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA....530
CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA....533
CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA....536
CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 15 CM x 20 CM, ESTÉRIL - EPIDERMOLISE BOLHOSA....539
ESPARADRAPO CIRURGICO 10CM x 4,5M EM CARRETEL PLASTICO COM CAPA PROTETORA....542
FITA CIRURGICA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 10CM x 10M....544
FITA CIRURGICA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 5CM x 10M....546
FILME ADESIVO TRANSPARENTE NAO ESTERIL....548
FIXADOR ADESIVO DE CANULA, SONDA E CATETER NASAL ADULTO....550
FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL ADULTO USO UNICO NAO ESTERIL....552
FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL USO UNICO NAO ESTERIL....554
FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO NÃO ESTÉRIL....556
FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL NÃO ESTÉRIL....558
BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL....560
PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO G....562
PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO M....564
PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO P....566
PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO PP....568
LENÇO REMOVEDOR/LIBERADOR DE ADESIVO....570
CLAMP UMBILICAL ESTÉRIL....572
ALGODAO HIDROFILO BRANCO 20CMX100CM EM ROLO 500G....574
ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 10CM X 1,8M....576
ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 15CM X 1,8M....578
ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 20CM X 1,8M....580
ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 25CM X 1,8M....582
ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 30CM X 1,8M....584
COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 10CM x 15CM ESTERIL....586
COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 15CM x 30CM ESTERIL....588
COMPRESSA DE GAZE 7,5CM x 7,5CM 11 FIOS NAO ESTERIL PACOTE COM 500 UND....590
COMPRESSA DE GAZE 7,5CM x 7,5CM 13 FIOS ESTERIL ENVELOPE COM 10 UND....592
COMPRESSA DE GAZE 91CM x 91M NAO ESTERIL TIPO QUEIJO....594
GAZE ESTÉRIL COM FIO RADIOPACO 7,5 CM X 7,5 CM....596
COMPRESSA CIRURGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO 25 X 28 CM....598
COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 45CM X 50CM NAO ESTERIL PACOTE COM 50 UND....601
SWABS-LENÇO OU GAZE UMED. C/ALCOOL ISOPROPÍLICO 70% P/ ASSEPSIA DE PELE....603

TUBO DE LATEX Nº 200....605
ABAIXADOR DE LINGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA, PACOTE COM 100 UND....607
ESCOVA PARA COLETA DE MATERIAL CERVICAL ESTERIL DESCARTAVEL....609
ESPÁTULA DE AYRES EM MADEIRA NÃO ESTÉRIL....611
ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO P, NÃO ESTÉRIL....613
ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO M, NÃO ESTÉRIL....615
ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO G, NÃO ESTÉRIL....617
TERMOMETRO CLÍNICO DIGITAL....619
PAPEL GRAU CIRURGICO 10CM x 100M....627
PAPEL GRAU CIRÚRGICO 15 CM x 100M....630
PAPEL GRAU CIRURGICO 25CM x 100M....632
PAPEL GRAU CIRURGICO 45CM x 100M....634
PACOTE/ DISPOSITIVO TESTE DESAFIO DE PROCESSO COM INDICADOR BIOLÓGICO (3ª GERAÇÃO) E INTEGRADOR QUÍMICO (CLASSE 5)....636
PACOTE TESTE DESCARTAVEL ' BOWIE & DICK....639
INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE V USO INTERNO....642
INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA ULTRASSÔNICA....645
INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA DE CANULADOS EM ULTRASSÔNICA....648
TESTE DE CAVITAÇÃO ULTRASSÔNICA....651
INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA EM TERMODESINFECTORA....654
TESTE DE DETECÇÃO DE PROTEINA EM INSTRUMENTAIS....657
INDICADOR QUÍMICO TIPO IV PARA FORMALDEÍDO....660
INDICADOR BIOLÓGICO PARA ESTERILIZAÇÃO POR FORMALDEÍDO....662
INDICADOR QUÍMICO TIPO I PARA FORMALDEÍDO....665
TESTE DESAFIO TIPO HELIX PARA DIFUSIBILIDADE DE FORMALDEÍDO....667
ROLO PAPEL PARA AUTOCLAVE....669
BOBINA DE PAPEL PARA AUTOCLAVE....671
FITA CARTUCHO IMPRESSORA AUTOCLAVE....673
ETIQUETA ADESIVA PARA IDENTIFICAÇÃO MANUAL DE PACOTES DE CME....675
FITA AUTOCLAVE....677
MANTA DE POLIPROPILENO 100X100....680
MANTA DE POLIPROPILENO 50X50....682
MANTA DE POLIPROPILENO 75X75....684
MANTA DE POLIPROPILENO 90X90....687
PAPEL CREPADO, TAMANHO 30X30 CM....690
PAPEL CREPADO, TAMANHO 40X40 CM....692
PAPEL CREPADO, TAMANHO 50X50 CM....694
ESCOVA DE AÇO: Aplicação: escova reutilizável para limpeza de instrumentais cirúrgicos (ortopedia)....696
ESCOVA NYLON: Aplicação: escova para limpeza de instrumentais cirúrgicos em geral....699
ESCOVA PARA LIMPEZA INTERNA DE VIDRO....702
ESCOVA PARA LIMPEZA DE RASPAS ACETABULARES....705
ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito...708
ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito...711

ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito...714
ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito...717
ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito...720
KIT ESCOVA PARA LIMPEZA INTERNA DE AUTOCLAVE....723
ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO BRONCOSCOPIO....726
ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO GASTROSCOPIO....729
ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO COLONOSCOPIO....732
ELETRODO DESCARTÁVEL NEONATAL PARA ECG E MONITORIZAÇÃO....735
ELETRODO DESCARTÁVEL PEDIÁTRICO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO....737
ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO....739
PLACA BISTURI INFANTIL....741
PLACA DE BISTURI ADULTO....743
GRUPO: MEDICINA DO TRABALHO....745
LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 6,5 EM LATEX ESTERIL....745
LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 7,0 EM LATEX ESTERIL....748
LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 7,5 EM LATEX ESTERIL....751
LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 8,0 EM LATEX ESTERIL....754
LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 8,5 EM LATEX ESTERIL....757
LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 6,5 ISENTA DE LÁTEX....760
LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 7,0 ISENTA DE LÁTEX....763
LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 7,5 ISENTA DE LÁTEX....766
LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 8,0 ISENTA DE LÁTEX....769
LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 8,5 ISENTA DE LÁTEX....772
LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "G"....775
LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "M"....778
LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "P"....781
LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO “PP”....784
LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO P....787
LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO M....790
LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO G....793
GRUPO: ACUPUNTURA....796
AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,20 A 0,25MM X 13 A 15MM....796
AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,25MM X 25 A 30MM....798
AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,25X40MM....800
AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,30X75MM....802
GRUPO: ANESTESIA....804
Mandril para INTUBAÇÃO infantil....804
MANDRIL PARA INTUBAÇÃO ADULTO....806
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF P.V.C. 3,5MM....808
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF P.V.C. 4,0MM....810
TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF P.V.C. 4,5MM....812
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 4,0MM....814
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 5,0MM N.22....816

TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 6,0MM....818
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 2,5MM....820
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 3,0MM....822
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 3,5MM....824
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 4,5MM....826
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5,5....828
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5.0....830
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6,5....832
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6.0....834
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7,5....836
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7.0....838
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8,5....840
TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8.0....842
AGULHA ANESTÉSICA, APLICAÇÃO PARA RAQUIDIANA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, DIMENSÃO 25G X 3 1/2' (90MM OU 9CM) 844
AGULHA ANESTÉSICA PARA ELETROESTIMULAÇAO 22G X 50MM....846
AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL, 16G 3 1/2´....848
AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL, 18G 3 1/2´ , BISEL TIPO TUOHY....850
CATÉTER PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL CONTÍNUA 16G....852
MASCARA LARÍNGEA Nº 1.5 (05KG A 10KG) ´DESCARTÁVEL´, EM PVC TRANSPARENTE....854
MASCARA LARÍNGEA Nº2(10KG A 20KG) DESCARTÁVEL,EM PVC TRANSPARENTE....856
MASCARA LARÍNGEA Nº2.5(20KG A 30KG) ´DESCARTÁVEL´,EM PVC TRANSPARENTE....858
MASCARA LARÍNGEA Nº3(30KG A 50KG) ´DESCARTÁVEL´,EM PVC TRANSPARENTE, LIVRE DE LÁTEX, COM TUBO LISO E FLEXÍVEL ....860
MASCARA LARÍNGEA Nº4 (50KG A 70KG) DESCARTÁVEL, EM PVC TRANSPARENTE....862
MASCARA LARÍNGEA Nº5(70KG A 100KG) DESCARTÁVEL, EM PVC TRANSPARENTE....864
SERINGA PERDA DE RESISTENCIA PARA ANESTESIA PERIDURAL/EPIDURAL....866
SENSOR PARA MONITORAR ATIVIDADE CEREBRAL....868
SENSOR PARA MONITORAR ATIVIDADE CEREBRAL....870
FILTRO VENTILAÇÃO MECÂNICA, TAMANHO NEONATAL , TIPO HIGROSCÓPICO, BACTERIOSTÁTICO,BACTERIANO/VIRAL EMBALAGEM INDIVIDUAL, USO DESCARTÁVEL....872
FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO ADULTO, ESTÉRIL....874
FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO PARA RETENÇÃO DE VÍRUS/BACTERIA AUTO UMIDIFICADORES PARA ADAPTAÇÃO CIRCUITO TRAQUEIA AVPM PEDIÁTRICO....876
GUIA PARA INTUBAÇÃO TIPO BOUGIE....878
AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 25 G X 4 3/4....880
CAL SODADA....882
AGULHA ANESTÉSICA APLICAÇÃO DE ANESTESIA RAQUIDIANA, DIMENSÃO 27G X 3 1/2, TIPO PONTA DE LÁPIS, COM INTRODUTOR 22 OU 23G X 1 1/4, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL....884
AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL, 17G 3 1/2´ , BISEL TIPO TUOHY....886
GRUPO: CIRUGIA GERAL....888
HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL....888
HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL DE BASE VEGETAL EM MALHA ENTRELAÇADA DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA, 1,3 X 5,1 CM 890
HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL DE BASE VEGETAL EM MALHA ENTRELAÇADA DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA, 10,2 X 20,3 CM ....892

CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 24....894
CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 28....896
CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 32....898
CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 36....900
DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/ 01 UND....902
DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/01UND. CADA N.20....904
DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/01UND. CADA N.40....906
DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/01UND. CADA N.60....908
DRENO EM T N.14....910
DRENO EM T N.16....912
SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO 6,4MM....914
SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO 3,2MM....916
SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO 4,8MM....918
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 6,0MM....920
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 6,5MM....922
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 7,0MM....924
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 7,5MM....926
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 8,0MM....928
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 9,0MM....930
FITA UMBILICAL ESTERIL....932
GRUPO: CIRUGIA GERAL (FIOS E LÂMINAS)....934
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,3CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO....934
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 3,5CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 1/2 CIRCULO....936
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,0CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO....938
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 7-0, 60CM, COM 02 AGULHAS DE 1,3 A 1,5CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO....940
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR Nº 2, 3X50CM, COM 01 AGULHA DE 7,5CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE..942
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....944
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 3,5 A 3,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....946
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 1,7CM, PONTA E CORPO CILINDRICOS, 1/2 CIRCULO....948
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,1CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....950
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 1,7CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA, COM ALMOFADA DE TEFLON....952
FIO DE SUTURA POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR VIOLETA ABORVÍVEL 7-0, 75 CM COM 2 AGULHAS 0,93 A 1,2CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA....954
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....956
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 7-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 0,93CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA...958
FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 4,0CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....960

FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA ....962
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 0-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,5 A 3,7CM, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO....964
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 2-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5CM, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO....966
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,0, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO....968
FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 2-0 PRETO....970
FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 3-0 PRETO....972
LAMINA P/BISTURI N. 10....974
LAMINA P/BISTURI N. 11....976
LAMINA P/BISTURI N. 12....978
LAMINA P/BISTURI N. 15....980
LAMINA P/BISTURI N. 20....982
LAMINA P/BISTURI N. 22....984
LAMINA P/BISTURI N. 24....986
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,1CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA....988
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE....990
Descrição Resumida....992
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA....992
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA....994
FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 3-0, 70 A 75CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 CM A 2,0 CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....996
FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 CM A 2,5CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA....998
FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR Nº 1, 240CM, COM 01 AGULHA DE 6,5CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA FIO ENLAÇADO....1000
FIO DE SUTURA POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 2 AGULHAS DE 0,90 A 1,3CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA ....1002
FIO DE SUTURA DE POLIESTER REVESTIDO TRANÇADO 2-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 2,0 CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 1/2 CIRCULO....1004
FIO DE SUTURA DE POLIÉSTER REVESTIDO,TRANÇADO, Nº05, 4X75 CM....1006
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA....1008
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,1 A 3,2CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA ....1010
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 2-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,6 A 3,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA ....1012
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA ....1014
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE. ....1016
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA ....1018
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 5-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 2,0 CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE INCOLOR....1020
FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA ....1022

FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 0, 70-75CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,5 CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE.....1024
FIO DE SUTURA SEDA TRANÇADA 3-0, 15X45CM, SEM AGULHA.....1026
FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 4-0, 15X45CM, SEM AGULHA.....1028
FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 2-0, 15X45CM, SEM AGULHA.....1030
FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,30CM PONTA E CORPO CORTANTE 3/8 CIRCULO.....1032
FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 6-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,65CM PONTA ESPATULAR CORPO CORTANTE 3/8 CIRCULO.....1034
FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 7-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,65CM MICRO-PONTAS ESPATULAR 3/8 CIRCULO.....1036
FIO SINTÉTICO ZERO 70CM ABSORVÍVEL POR VOLTA DE 70 DIAS TRANÇADO VIOLETA UMA AGULHA 4CM PONTA CILÍNDRICA CORPO CILÍNDRICO 1/2 CÍRCULO.....1038
KIT CESAREA.....1040
FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 10-0, 30CM, COM 02 AGULHAS DE 0,55CM PONTA E CORPO ESPATULARES 1/2 CIRCULO.....1042
FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE.....1044
FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CORTANTE.....1046
FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 5-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE.....1048
FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 6-0, 45CM, COM 1 AGULHA DE 1,3CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE.....1050
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,9CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA..1052
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 6-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,80 A 0,87CM 1/4 CIRCULO ESPATULADA .....1054
FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 6-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA..1056
FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,7CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA...1058
GRUPO: CIRURGIA PEDIÁTRICA.....1060
KIT DRENAGEM TORÁCICA/ MEDIASTINAL INFANTIL 14 FR.....1060
KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 10 FR.....1062
KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 12 FR.....1064
KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 16 FR.....1066
KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 18 FR.....1068
KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 20 FR.....1070
KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 22 FR.....1072
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.3,0.....1074
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.3,5.....1076
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.4,0.....1078
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.4,5.....1080
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.5,0.....1082
GRUPO: CIRURGIA PLÁSTICA.....1084
LÂMINA PARA DERMÁTOMO ELÉTRICO.....1084
LÂMINA PARA FACA HUMBY N.6.....1086
GRUPO: ENDOCRINOLOGIA.....1088
ACESSÓRIO BOMBA DE INSULINA – PACOTE DE SERVIÇOS.....1088
ACESSÓRIO PARA VIABILIZAÇÃO DA INSULINA COM O EQUIPAMENTO NO MEIO SUBCUTÂNEO; CÂNULA 6MM, CATETER 60 CM .....1090
LANCETADOR PARA OBTENÇÃO DE SANGUE CAPILAR.....1092
FITA COM ÁREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, USO DOMICILIAR.....1094

FITA COM AREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, USO HOSPITALAR....1096
LANCETA DESCARTÁVEL PARA USO PROFISSIONAL....1098
LANCETA DESCARTÁVEL USO DOMICILIAR....1100
CARTUCHO PLASTICO 3,15ML....1102
CATETER QUICK-SET....1104
CATETER QUICK-SET....1106
RESERVATORIO RESERVOIR PARADIGM (MMT 322A)....1108
SET DE INFUSAO PARA BOMBA DE INSULINA (CANULA, TUBO E AGULHA) 8MM/60CM PARA SISTEMA ACCU CHEK SPIRIT E ACCU CHEK COMBO....1110
LEITOR: EQUIPAMENTO PARA LEITURA DE USO EM CONJUNTO COM SENSOR DE MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE INTERSTICIAL....1112
SENSOR DE USO CONJUNTO COM LEITOR ESPECÍFICO, PARA MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE INTERSTISCIAL....1114
GUARDIAN 2 LINK TRANSMISSOR (MMT 7730)....1116
SENSOR DE GLICOSE ENLITE (MMT 7008)....1118
TIRA REAGENTE PARA USO NO MONITOR DE GLICEMIA ACCU-CHEK PERFORMA QUE ACOMPANHA O SISTEMA DE INFUSAO CONTINUA DE INSULINA ACCU-CHEK COMBO....1120
LANCETA DESCARTAVEL PARA LANCETADOR ACCU-CHEK FASTCLIX....1122
GRUPO: ENDOSCOPIA....1124
ADESIVO TISSULAR A BASE DE MONÔMEROS....1124
BOCAL PARA ENDOSCOPIA....1126
GRUPO: GINECOLOGIA....1128
PAPEL TERMOSSENSÍVEL PARA CARDIOTOCÓGRAFO COMPATÍVEL COM O MODELO SÉRIE 170 DA COROMETRIS (GE MEDICAL SYSTEMS)....1128
PAPEL DE IMPRESSÃO TERMOSSENSÍVEL PARA CARDIOTOCÓGRAFO COMPATÍVEL COM O MODELO BISTOS BT-300 (WEN)....1130
PAPEL DE IMPRESSÃO TERMOSSENSÍVEL PARA CARDIOTOCÓGRAFO COMPATÍVEL COM O MODELO HUNTLEIGH-SONICAID....1132
CATETER BALÃO PARA TAMPONAMENTO UTERINO....1134
SERINGA DE ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU)....1136
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 4 MM, COM CONECTOR....1138
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 5 MM, COM CONECTOR....1140
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 6 MM, COM CONECTOR....1142
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 7 MM, COM CONECTOR....1144
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 8 MM, COM CONECTOR....1146
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 9 MM, COM CONECTOR....1148
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 10 MM, COM CONECTOR....1150
CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 12 MM, COM CONECTOR....1152
KIT DE TUBOS PARA VIDEOHISTEROSCOPIA COMPATIVEL COM O SISTEMA DE BOMBA HAMOU ENDOMAT DA MARCA KARL STORZ ....1154
GRUPO: NEFROLOGIA....1156
EQUIPO DE SAIDA - LINHA VENOSA PARA HEMODIALISE....1156
LINHA ARTERIAL DE ENTRADA SIMPLES PARA HEMODIÁLISE 8 MM....1158
LINHA DE SUSBSTITUIÇÃO DE HEMODIÁLISE DIALOG HDF....1160
AGULHA PARA FISTULA ARTERIO-VENOSA 16X01, ESTERIL, PARA USO EM HEMODIÁLISE....1162
AGULHA PARA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA 17X1, ESTÉRIL, PARA USO EM HEMODIÁLISE....1164
DIALISADOR DE ALTO FLUXO COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,9 A 2,1 M2, MEMBRANA BIOCOMPATÍVEL, ESTÉRIL....1166

DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,9 A 2,1 M2, MEMBRANA BIOCOMPATÍVEL, ESTÉRIL.....1168
DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM AREA DE SUPERFICIE DE 1,7 A 1,8 M2, MEMBRANA DE POLIETERSULFONA, ESTERIL.....1170
DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM AREA DE SUPERFICIE DE 1,0 A 1,3 M2, MEMBRANA DE POLISULFONA, ESTERIL.....1172
ISOLADOR DE PRESSAO DO MANOMETRO P/MAQUINA DE HEMODIÁLISE.....1174
FILTRO PARA FLUÍDO DE DIÁLISE DIALOG HDF.....1176
FILTRO DE FLUÍDO DE DIÁLISE.....1178
GRUPO: NEUROLOGIA.....1180
ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: DESCARTÁVEL, DIÂMETRO 0,46 X 50 MM.....1180
ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: DESCARTÁVEL, DIÂMETRO 0,46 X 30 MM.....1182
CABO PARA ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ELETROMIOGRAFIA, REUTILIZÁVEL, COM CONECTOR PENTAPOLAR, COMPATÍVEL COM ELETROMIÓGRAFO DA MARCA NIHON, E ADAPTÁVEL AOS ELETRODOS DE AGULHA CONCÊNTRICA DESCRITOS NOS ITENS 1 E 2, COM 1 METRO DE COMPRIMENTO. EMBALADO INDIVIDUALMENTE COM PRAZO DE VALIDADE DE 75% DA DATA DE FABRICAÇÃO DO PRODUTO.....1184
ELETRODO DE SUPERFÍCIE AUTO-ADESIVOS (PACOTE COM 100UN) PARA EXAMES DE ELETRONEUROMIOGRAFIA. APRESENTANDO 1 A 2 CM DE CIRCUNFERÊNCIA. O MATERIAL DEVE SER COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO DA MARCA NIHON, MODELO: MEB9200K.....1186
CABO DE 2 VIAS E 3 VIAS TIPO JACARÉ PARA ELETRODO DE SUPERFÍCIE AUTO-ADESIVO COM TOMADA PENTAPOLAR, REUTILIZÁVEL. APRESENTANDO 1 A 1,5 METRO.....1188
ELETRODO TERRA COMPATÍVEL COM APARELHO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA DA MARCA NIHON - EM PULSEIRA DE FIBRA CONDUTIVA OU VELCRO COM CABO, APRESENTANDO AS SEGUINTES MEDIDAS 40 CM X 70 CM E CABO DE 100 A 150 CM, CONFECCIONADO EM FIBRA ELETRO-CONDUTIVA OU VELCRO QUE PERMITA CONTATO ÍNTIMO COM A PELE E BAIXÍSSIMA IMPEDÂNCIA, MÁXIMA DE 5 KOHM. REUTILIZÁVEL.....1190
ELETRODO ESTIMULADOR EM GARFO, UTILIZADO NA REALIZAÇÃO DE EXAMES ELETROMIOGRÁFICOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES; ESTIMULADOR PASSIVO TIPO GARFO COM POLO POSITIVO E POLO NEGATIVO; COMPATÍVEL COM APARELHO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA DA MARCA NIHON, POSSUI CABO DE 200 CM.....1192
PASTA ELETROLÍTICA,APLICAÇÃO: EEG, FORMA DE APRESENTAÇÃO: POTE COM 1000 GRAMAS.....1194
ELETRODO DE OURO PARA APARELHO ELETROENCEFALOGRAMA, COM PLUG FÊMEA, TP 1/2 MM (JOGO COM 25 UNIDADES).....1196
AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 22 G.....1198
AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 20 G.....1200
GRUPO: MASTOLOGIA.....1202
AZUL PATENTE V SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,5 % CORANTE ESTERIL.....1202
GRUPO: ORTOPEDIA.....1204
ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CMX150CM (COMP.MINIMO).....1204
ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15CMX150CM (COMP.MINIMO).....1206
ATADURA DE ALGODAO ORTOPEDICO 20CMX150CM (COMP.MINIMO).....1208
ATADURA GESSADA (SEC.RÁPIDA) 10CMX300CM (COMP.MINIMO).....1210
ATADURA GESSADA (SEC.RAPIDA) 12CMX300CM (COMP.MINIMO).....1212
ATADURA GESSADA (SEC.RAPIDA) 15CMX300CM (COMP.MINIMO).....1214
ATADURA GESSADA (SEC.RÁPIDA) 20CMX350CM (COMP.MÍNIMO).....1216
COLAR CERVICAL.....1218
COLAR CERVICAL DE ESPUMA, REMOVÍVEL, TAMANHO PEQUENO.....1220
MALHA TUBULAR DE ALGODÃO MEDINDO 04 CM X 25 M.....1222
MALHA TUBULAR MEDINDO 06 CM X 25 M,APLICAÇÃO: PROTEGE A PELE DO PACIENTE DO CONTATO DIRETO COM O GESSO SINTÉTICO, MATERIAL: TECIDO DE FIBRAS SINTÉTICAS, TAMANHO.....1224
MALHA TUBULAR MEDINDO 08 CM X 25 M,APLICAÇÃO: PROTEGE A PELE DO PACIENTE DO CONTATO DIRETO COM O GESSO SINTÉTICO, MATERIAL: TECIDO DE FIBRAS SINTÉTICAS, TAMANHO/CAP.....1226

MALHA TUBULAR MEDINDO 20 CM X 25 M,APLICAÇÃO: PROTEGE A PELE DO PACIENTE DO CONTATO DIRETO COM O GESSO SINTÉTICO, MATERIAL: TECIDO DE FIBRAS SINTÉTICAS, TAMANHO/CAPACIDADE: 20CM (L)....1228
SALTO ORTOPÉDICO MÉDIO....1230
TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 12MM X 180MM....1232
TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 16MM X 180MM....1234
TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 19MM X 180MM....1236
FAIXA DE ESMARCH EM LATEX 6CM X 200CM (COMP.MÍNIMO)....1238
FAIXA DE ESMARCH 8CM X 200CM EMLATEX NATURAL (COMP.MÍNIMO)....1240
FAIXA DE ESMARCH 10CM X 200CM EM LATEX (COMP.MÍN)....1242
FAIXA DE ESMARCH 12CMX200CM EM LATEX (COMP. MÍN)....1244
COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 13MM X 13MM....1246
CERA PARA OSSO....1248
AGULHA ESPINHAL 22 POR 7”, LONGA....1250
GRUPO:ONCOLOGIA....1252
INFUSOR ELASTOMETRICO PORTATIL DESCARTAVEL 270 A 275ML 5ML/H....1252
INFUSOR ELASTOMERICO PORTATIL DESCARTAVEL 270 A 275ML, 2 ML/H....1254
MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA CURTA....1256
MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA LONGA....1258
GRUPO:PNEUMOLOGIA....1260
FILTRO ANTIBACTERIANO DESCARTÁVEL PARA ESPIROMETRIA....1260
FILTRO ANTIBACTERIANO DESCARTÁVEL PARA ESPIROMETRIA....1262
BOCAL PARA ESPIROMETRIA....1264
MASCARA ORONASAL G....1266
MÁSCARA ORONASAL M....1268
MÁSCARA ORONASAL P....1270
MÁSCARA NASAL G....1272
MÁSCARA NASAL P....1274
MÁSCARA NASAL M....1276
GRUPO: OFTALMOLOGIA....1278
SONDA DE CRAWFORD....1278
HIDROXIPROPILMETILCELULOSE SOLUCAO VISCOELASTICA OFTALMICA 2 %....1280
SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA INTRAOCULAR INJETÁVEL FRASCO OU BOLSA 500 ML....1282
AZUL DE TRIPAN 0,1 FRASCO 1 ML CORANTE INTRAOCULAR SOLUÇÃO INJETÁVEL....1284
MEIO DE CONSERVAÇÃO DE CÓRNEA....1286
FLUORESCEÍNA (SÓDICA) SOLUÇÃO OFTÁLMICA PARA USO TÓPICO 1% FRASCO CONTA-GOTAS 3 ML....1288
OCLUSOR OFTÁLMICO ESTÉRIL....1290
GRUPO:UROLOGIA....1292
CAPAS DESC. PLÁSTICO TRANSP. P/ENVOLVIMENTO CABO OTICO E MICROCAMERA COMP. APROX. 2 METROS P/CIRURGIA VIDEOENDOSCOPICA....1292
GRUPO:CARDIOLOGIA....1294
PAPEL MILIMETRADO TAMANHO A-4 (216/280 MM)....1294
CANETA PILOT HI - TETCPINT V5 EXTRA FINE P/ELETROCARDIOGRAFO....1296
GRUPO: SAMU....1298
COLAR CERVICAL REGULÁVEL ADULTO....1298

COLAR CERVICAL REGULÁVEL PEDIÁTRICO.....1300
CONJUNTO PARA PARTO EM EMBALAGEM PLÁSTICA.....1302
KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO PEDIÁTRICO.....1304
KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO ADULTO.....1306
KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO NO ÚMERO.....1308
EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO PVC MACRO FOTOSSENSÍVEL MIN. 2.00M INTERMEDIÁRIO EM SILICONE.....1310
EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTÁLTICO TIPO SIMPLES.....1313
GRUPO: CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES.....1316
EMBALAGEM PLÁSTICA ESTÉRIL 25X35 CM COM CORDONET.....1317

## GRUPO: ENFERMAGEM

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO SIMPLES PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, INJETOR LATERAL MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 34534 | 385209 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | EQUIPO SIMPLES PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, INJETOR LATERAL MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE. Aplicação: administração soluções parenterais. Características adicionais: Apirogênico, com ponta perfurante que permita conexão segura e facilite a introdução em recipientes de soluções sem risco de desconectar durante o uso, com protetor adequado; com câmara gotejadora transparente e flexível, com filtro de partículas 15 micra, entrada de ar com filtro hidrófobo e bacteriológico, que não permita vazamento em suas junções, com tubo gotejador no interior da mesma que assegure que 20 gotas sejam equivalentes a 1 ml; tubo transparente flexível, atóxico, com comprimento mínimo de 1,20m, com regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle de gotejamento; injetor lateral com membrana autocicatrizante ou válvula Needle-Free, livre de látex; conector distal tipo 'luer-lock' giratório, que permita perfeita adaptação aos dispositivos de acesso venoso. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPO SIMPLES, TIPO GRAVITACIONAL – É indicado para uso por profissionais da área da saúde com a finalidade de intermediar as infusões de soluções parenterais por gravidade. Deve possuir regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle do gotejamento, garantido assim maior segurança durante a administração das medicações. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO MICROGOTAS GRAVITACIONAL, COM BURETA 150ML, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35209 | 385697 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | EQUIPO MICROGOTAS GRAVITACIONAL, COM BURETA – 150ML, ESTÉRIL. Finalidade: administração de soluções parenterais. Composição: PVC atóxico. Tamanho/Capacidade: equipo gravitacional, com tubo de comprimento mínimo de 1,20m e bureta de 150 mL. Características: bureta com precisão de leitura de 1 mL e numerada a cada 5 ou 10mL, que permita boa visualização da medicação. Alça de sustentação para fixação e transporte. Câmara gotejadora flexível, com filtro e comprimento de 40mm, que assegure que 60 microgotas sejam equivalentes a 1mL. Injetor lateral, apirogênico, autocicatrizante. Ponta perfurante com tampa protetora, que permita conexão segura e facilite a introdução em recipientes de soluções sem risco de desconectar durante o seu uso. Bureta em sua porção superior com injetor para medicação, filtro de entrada de ar e membrana autocicatrizante, que não permita vazamento em suas junções. Tubo de no mínimo 1,20m, transparente, flexível, atóxico, com regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle de gotejamento. Terminal distal, que permita perfeita adaptação aos dispositivos de acesso venoso, com tampa protetora de fácil remoção. Processo de esterilização: óxido de etileno. Prazo de validade: 75% da data de esterilização. Embalagem: embalagem individual em papel grau cirúrgico, ou similar que garanta a abertura em técnica asséptica. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPO MICROGOTAS COM BURETA, TIPO GRAVITACIONAL – É indicado para intermediar a infusão de soluções com volumes que variam entre 25 e 150ml e nas infusões que duram entre 15 minutos e 1 hora. Os equipos com bureta são indicados para dois grupos de infusão:<br>1. Infusões de fármacos diluídos em volume maior que 20ml e/ou infusões lentas (com tempo de infusão maior que 10 minutos) por favorecer a segurança da assistência prestada pela Enfermagem.<br>2.Trata-se de um procedimento muito comum em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), neonatologia, pediatria e na administração de alguns antibióticos, nas diversas unidades de internação, e para as hidratações venosas (soroterapia), com volume total menor ou igual a 100ml – 150ml, por ser difícil precisar o volume nos frascos habituais. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1- Penetrador*** | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2 Câmara gotejadora*** | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.3 Tubo*** | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.4 Pinça*** | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.5 Conector*** | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO FOTOPROTETOR PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91127 | 386128 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | EQUIPO FOTOPROTETOR PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de drogas fotosensíveis. Material: PVC âmbar atóxico. Características Adicionais: Apirogênico, com ponta perfurante que permita conexão segura e facilite a introdução em recipientes de soluções sem risco de desconectar durante o uso, com protetor adequado; com câmara gotejadora com filtro, transparente e flexível, com comprimento mínimo de 40 mm, que não permita vazamento em suas junções. Entrada de ar com filtro bacteriológico. Tubo flexível, atóxico, com comprimento mínimo de 1,20m, com regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle de gotejamento; injetor lateral com membrana autocicatrizante, livre de látex, com conector distal tipo 'luer-lock' giratório, que permita perfeita adaptação aos dispositivos de acesso venoso, com tampa protetora de fácil remoção. Acompanhado de capa para proteção do frasco. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPO FOTOPROTETOR, TIPO GRAVITACIONAL – É indicado para uso por profissionais da área da saúde com a finalidade de intermediar as infusões de soluções parenterais por gravidade. A característica fotoprotetora é necessária para infusão de os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, e podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz. Deve possuir regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle do gotejamento, garantido assim maior segurança durante a administração das medicações. Injetores laterais com membrana cicatrizante permitem a injeção de medicamentos em “bolus” através do equipo, diminuindo a manipulação e o risco de contaminação. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1- Penetrador*** | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2 Câmara gotejadora*** | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.3 Tubo*** | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.4 Pinça*** | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.5 Conector*** | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO ESPECIAL PARA ADMINISTRAÇAO DE QUIMIOTERAPICO, TIPO GRAVITACIONAL, ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 18224 | 406987 | | | | X (HRT) | | |
| Descrição Completa | EQUIPO ESPECIAL PARA ADMINISTRAÇAO DE QUIMIOTERAPICO, TIPO GRAVITACIONAL, ESTERIL. Aplicação: administração de drogas quimioterápicas. Características adicionais: confeccionado em material compatível com a administração de quimioterápico a fim de evitar a agregação de partículas da droga nas paredes do tubo, isento de PVC. Apirogênico, com ponta perfurante que permita conexão segura e facilite a introdução em recipientes de soluções sem risco de desconectar durante o uso, com protetor adequado. Filtro de 0,22 micra capaz de reter partículas sólidas e bolhas de ar. Câmara gotejadora com filtro, transparente e flexível, que não permita vazamento em suas junções, com tubo gotejador no interior da mesma que assegure que 20 gotas sejam equivalentes a 1 ml. Entrada de ar com filtro bacteriológico. Tubo transparente flexível, atóxico, com comprimento minimo de 1,20m, com regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle de gotejamento. Conector distal tipo ``luer-lock`` giratório, que permita perfeita adaptação aos dispositivos de acesso venoso, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPO ESPECIAL PARA ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICO, TIPO GRAVITACIONAL –Confeccionado em material compatível com a administração de quimioterápico a fim de evitar a agregação de partículas da droga nas paredes dos tubos e devequim. O regulador de fluxo tipo rolete visa permitir perfeito controle do gotejamento, garantido assim maior segurança durante a administração das medicações. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO COM BURETA PARA BOMBA DE INFUSÃO LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE (compra suspensa) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35295 | 386467 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO COM BURETA PARA BOMBA DE INFUSÃO LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE, para administração de soluções parenterais, estéril, atóxico, apirogênico e descartável. Ponta perfurante ISO. Câmara graduada de 150 ml com filtro de ar, dispositivo autovedante para introdução de drogas, graduação a cada 5 ou 10 ml; pinça corta fluxo tipo clamp, localizada no segmento de tubo entre a ponta perfurante e a bureta. Câmara gotejadora flexível e transparente que permita visualização e cadência das gotas, filtro de partículas de 15 micras. Tubo flexível e transparente com no mínimo 200cm de comprimento, segmento de bomba ou cassete, caso seja a especificação do equipamento, injetor lateral autocicatrizante ou valvulado, dispositivo corta fluxo, pinça rolete. Conector macho com sistema luer lock e tampas protetoras. Embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, estéril. Fabricado de acordo com a legislação vigente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE – Tem a finalidade de intermediar a administração segura de soluções parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em um modelo de bomba de infusão. Podem ter características específicas como:<br>• Fotossensíveis - indicados para os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, que podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz.<br>• Microgotas – Possuem bureta graduada e são indicados para intermediar a infusão de soluções com volumes que variam entre 20 e 150ml e que requeiram infusão precisa e programada. Comum principalmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, podendo ser usado também na administração de alguns antibióticos e soluções nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, garantindo assim, maior segurança na infusão das soluções.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes hospitalizados, principalmente em cuidados críticos. Muito utilizado em Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados Intermediários, Centro Cirúrgicos e Unidades de Pronto Atendimento. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| 2.2- Produto | | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| *2.2.1- Penetrador* | | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| *2.2.2 Câmara gotejadora* | | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| *2.2.3 Tubo* | | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| *2.2.4 Pinça* | | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* | |
| Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | SIM | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF/SINFRA | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTALTICO LINEAR, TIPO SIMPLES (compra suspensa) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35255 | 386547 | | | | X | X | X |
| Descrição Completa | EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTALTICO LINEAR, TIPO SIMPLES para infusão de soluções parenterais, estéril, atóxico, apirogênico e descartável. Ponta perfurante ISO, filtro de entrada de ar, câmara gotejadora flexível e transparente que permita visualização e cadência de gotas com filtro de fluido de 15 micras. Tubo isento de PVC, livre de DEHP, de comprimento mínimo de 1,80m, segmento de bomba, injetor lateral autocicatrizante ou valvulado, pinça rolete, conector macho com sistema luer lock e tampas protetoras. Embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, estéril. Fabricado de acordo com a legislação vigente | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Tem como finalidade intermediar administração segura de soluções que necessitem de controle mais preciso da velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em bombas de infusão de sistema peristáltico linear. Essas bombas possuem um mecanismo composto por diversas placas que pressionam o tubo contra um batente através de movimentos ondulatórios, o fluido é impulsionado pela pressão aplicada no tubo em posições consecutivas.<br>Suas características podem incluir:<br>• Fotossensíveis - indicados para os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, que podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz.<br>• Livre de DEHP - Indicados para administração de soluções incompatíveis ou que interagem com o plastificante DEHP.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes hospitalizados. Muito utilizado em unidades de internação e unidades de pronto atendimento.<br>A ausência destes insumos acarretará em prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco de exposição a fármacos em doses excessivas, podendo inclusive, reduzir a oferta de serviços oferecidos à população, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____ | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1- Penetrador* | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.3 Tubo* | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.4 Pinça* | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTALTICO LINEAR, TIPO FOTOSSENSÍVEL (compra suspensa) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35256 | 386546 | | | | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTALTICO LINEAR, TIPO FOTOSSENSÍVEL para infusão de soluções parenterais, estéril e descartável, ponta perfurante ISO, filtro de entrada de ar, câmara gotejadora flexível e transparente que permita visualização e cadência de gotas com filtro de fluido de 15 micras. Tubo fotossensível isento de PVC, livre de DEHP, de comprimento mínimo de 1,80m, segmento de bomba, com ou sem injetor lateral (autocicatrizante ou valvulado), pinça rolete, conector macho com sistema luer lock e tampas protetoras. Acompanhado de saco plástico protetor de soluções fotossensíveis. Embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, estéril. Fabricado de acordo com a legislação vigente. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Tem como finalidade intermediar administração segura de soluções que necessitem de controle mais preciso da velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em bombas de infusão de sistema peristáltico linear. Essas bombas possuem um mecanismo composto por diversas placas que pressionam o tubo contra um batente através de movimentos ondulatórios, o fluido é impulsionado pela pressão aplicada no tubo em posições consecutivas.<br>Suas características podem incluir:<br>• Fotossensíveis - indicados para os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, que podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz.<br>• Livre de DEHP - Indicados para administração de soluções incompatíveis ou que interagem com o plastificante DEHP.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes hospitalizados. Muito utilizado em unidades de internação e unidades de pronto atendimento.<br>A ausência destes insumos acarretará em prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco de exposição a fármacos em doses excessivas, podendo inclusive, reduzir a oferta de serviços oferecidos à população, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Embalagem:** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO SIMPLES PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE (compra suspensa) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35251 | 385706 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO SIMPLES PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE, para administração de soluções parenterais, estéril, atóxico, apirogênico e descartável. Ponta perfurante com filtro de entrada de ar. Câmara gotejadora flexível e transparente que permita visualização e cadência de gotas, filtro de fluido de 15 micras. Tubo flexível e transparente com no mínimo 200cm de comprimento, segmento de bomba ou cassete, caso seja a especificação do equipamento, injetor lateral autocicatrizante ou valvulado, dispositivo corta fluxo, pinça rolete, conector macho com sistema luer lock e tampas protetoras. Embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, estéril. Fabricado de acordo com a legislação vigente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE – Tem a finalidade de intermediar a administração segura de soluções parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em um modelo de bomba de infusão.<br>Podem ter características específicas como:<br>• Fotossensíveis - indicados para os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, que podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz.<br>• Microgotas – Possuem bureta graduada e são indicados para intermediar a infusão de soluções com volumes que variam entre 20 e 150ml e que requeiram infusão precisa e programada. Comum principalmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, podendo ser usado também na administração de alguns antibióticos e soluções nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, garantindo assim, maior segurança na infusão das soluções.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes hospitalizados, principalmente em cuidados críticos. Muito utilizado em Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados Intermediários, Centro Cirúrgicos e Unidades de Pronto Atendimento. A ausência destes insumos acarretará em prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco de exposição a fármacos em doses excessivas, podendo inclusive, reduzir a oferta de serviços oferecidos à população, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1- Penetrador*** | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2 Câmara gotejadora*** | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.3 Tubo*** | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.4 Pinça*** | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.5 Conector*** | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | EQUIPO FOTOSSENSÍVEL, PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE (compra suspensa) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35252 | 390591 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | EQUIPO FOTOSSENSÍVEL, PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE, para administração de soluções parenterais fotossensíveis, estéril, atóxico, apirogênico e descartável. Ponta perfurante com filtro de entrada de ar. Câmara gotejadora flexível e com transparência que permita visualização e cadência de gotas, filtro de fluido de 15 micras. Tubo flexível com no mínimo 200 cm de comprimento, translúcido que permita visualização da interface ar e água durante a passagem de bolhas, segmento de bomba ou cassete, caso seja a especificação do equipamento, com ou sem injetor lateral autocicatrizante ou valvulado, dispositivo corta fluxo, pinça rolete, conector macho com sistema luer lock e tampas protetoras. Acompanhado de saco plástico protetor de soluções fotossensíveis. Embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, estéril. Fabricado de acordo com a legislação vigente. |
| Informação extra para justificativa da contratação | EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE OU TIPO SHUTTLE – Tem a finalidade de intermediar a administração segura de soluções parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em um modelo de bomba de infusão.<br>Podem ter características específicas como:<br>• Fotossensíveis - indicados para os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, que podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz.<br>• Microgotas – Possuem bureta graduada e são indicados para intermediar a infusão de soluções com volumes que variam entre 20 e 150ml e que requeiram infusão precisa e programada. Comum principalmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, podendo ser usado também na administração de alguns antibióticos e soluções nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, garantindo assim, maior segurança na infusão das soluções.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes hospitalizados, principalmente em cuidados críticos. Muito utilizado em Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados Intermediários, Centro Cirúrgicos e Unidades de Pronto Atendimento.<br>A ausência destes insumos acarretará em prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco de exposição a fármacos em doses excessivas, podendo inclusive, reduzir a oferta de serviços oferecidos à população, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1- Penetrador*** | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2 Câmara gotejadora*** | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.3 Tubo*** | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.4 Pinça*** | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.5 Conector*** | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 31158 | 0386549 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | Equipo para uso exclusivo em bombas de infusão da marca SAMTRONIC ST1000 SET, com comprimento mínimo de 240cm, câmara gotejadora flexível com filtro de retenção de partículas de 15 microns, entrada de ar lateral com filtro bacteriológico de 0,2 microns e tampa. Segmento em silicone, injetor lateral em Y com membrana autocicatrizante, pinça rolete, conector luer lock com tampa oclusora com filtro. Fabricado com material atóxico, embalagem individual em papel grau cirúrgico. Estéril, invólucro resistente ao manuseio, lacre capaz de manter sua integridade e esterilidade. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca life, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "SANTRONIC" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET, PARA SOLUÇÕES FOTOSSENSÍVEIS | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade (UPA) | PRÉ HOSP |
| 31157 | 0386247 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | Equipo para uso exclusivo em bombas de infusão de marca SAMTRONIC ST1000 SET, para soluções fotossensíveis, com comprimento mínimo de 240cm, câmara gotejadora flexível com filtro de retenção de partículas de 15 microns, entrada de ar lateral com filtro bacteriológico de 0,2 microns e tampa. Segmento em silicone, injetor lateral em Y com membrana autocicatrizante, pinça rolete e conector luer lock com tampa protetora com filtro. Fabricado com material atóxico e fotoprotetor, possui capa protetora de soluções na cor âmbar para soluções fotossensíveis, embalagem individual em papel grau cirúrgico. Estéril, invólucro resistente ao manuseio, lacre capaz de manter sua integridade e esterilidade. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca SANTRONIC, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "SANTRONIC" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Descrição Resumida** | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL | | | | | | |
| **Código SES** | **Código BR** | **Código SUS** | **Níveis de Atenção** | | | | |
| | | | **At. Primária** | **At. Secundária** | **At. Hospitalar (Terciária)** | **Média Complexidade** | **PRÉ HOSP** |
| 37778 | 385706 | | | | X (HRSAM) | | |
| **Descrição Completa** | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais através de bomba infusora. Material: tubo transparente atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, compatível com a bomba infusora com sistema linear SAMTRONIC modelo ICATU S, descartável, atóxico, apirogênico, câmara gotejadora flexível com filtro de retenção de partículas de 15 micra, filtro de ar bacteriológico, constituído por ponta perfurante tipo universal, pinça rolete, injetor lateral, conector luer lock rotativo e tampa oclusora com filtro de membrana hidrofóbica. Estéril, invólucro resistente ao manuseio, lacre capaz de manter sua integridade e esterilidade. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| **Informação extra para justificativa da contratação** | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca SANTRONIC ICATU S, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão. A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "SANTRONIC ICATU S" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| **Tipo de apresentação** | UNIDADE | | | | | | |
| **Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)** | BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| **Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras.** | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO | | | | | | |
| **Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja** | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Impressão gráfica completa e legível | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Descrição Resumida** | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S, TIPO FOTOSSENSÍVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
| **Código SES** | **Código BR** | **Código SUS** | **Níveis de Atenção** | | | | |
| | | | **At. Primária** | **At. Secundária** | **At. Hospitalar (Terciária)** | **Média Complexidade** | **PRÉ HOSP** |
| 37779 | 386247 | | | | X<br>HRSAM | | |
| **Descrição Completa** | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S, TIPO FOTOSSENSÍVEL, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais fotossensível através de bomba infusora. Material: tubo transparente atóxico. Características adicionais: equipo parenteral fotossensível, compatível com a bomba infusora com sistema linear SAMTRONIC modelo ICATU S, descartável, atóxico, apirogênico, câmara gotejadora flexível com filtro de retenção de partículas de 15 micra, filtro de ar bacteriológico, constituído por ponta perfurante tipo universal, pinça rolete, com ou sem injetor lateral, conector luer lock rotativo e tampa oclusora com filtro de membrana hidrofóbica. Estéril, invólucro resistente ao manuseio, lacre capaz de manter sua integridade e esterilidade. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| **Informação extra para justificativa da contratação** | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca SANTRONIC ICATU S, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "SANTRONIC ICATU S" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| **Tipo de apresentação** | UNIDADE | | | | | | |
| **Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)** | BOMBA DE INFUSÃO SAMTRONIC ICATU S<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| **Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras.** | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| **Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja** | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT BRAUN, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91121 | 385706 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: administração de soluções parenterais. Material: PVC atóxico, transparente e livre de látex. Características adicionais: equipo parenteral simples, específico para bomba infusora Infusomat B.BRAUN. Padrão macrogotas, com ponta perfurante ISO, tampa protetora, filtro de ar hidrófobo 0,22 µ, câmara de gotejamento flexível com filtro de partículas de 15µ, solução, tubo extensor de aproximadamente 2,80m de comprimento, pinça tipo rolete; segmento de silicone, injetor lateral com membrana autocicatrizante, sem látex; conector Luer Lock com filtro hidrófobo. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO B.BRAUN – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca B.BRAUN, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "B.BRAUN" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT B.BRAUN | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91133 | 390591 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: administração de soluções com princípio ativo fotossensível. Características adicionais: equipo específico para bomba infusora Infusomat B.BRAUN. Com ponta perfurante ISO, com tampa protetora, com filtro de ar hidrófobo e bacteriológico, porosidade de 0.22 micron, com tampa reversível; câmara de gotejamento flexível, com linha indicadora do nível ideal de solução, gotejador ajustado para 1ml = 20 gotas, com filtro para retenção de partículas, porosidade de 15 micra; tubo extensor âmbar de PVC, pinça tipo rolete; segmento de silicone, conector Luer Lock com filtro. Comprimento aproximado de 2,80m. Acompanhado de bolsa protetora para soluções fotossensíveis. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO B.BRAUN – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca B.BRAUN, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "B.BRAUN" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT B BRAUN | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 21621 | 401944 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: infusões de drogas parenterais utilizadas em neonatologia que necessitem de controle rigoroso. Material: PVC atóxico. Características adicionais: equipo específico para bombas de infusão Infusomat B.BRAUN. sistema fechado, com Tubo extensor de no mínimo 2,00m, com priming reduzido, ponta perfurante, pinça corta fluxo e câmara graduada de no mínimo 150ml marcações em intervalos de 1 em 1 ml, com alça de sustentação, injetor de medicamentos auto cicatrizante, livre de látex, entrada de ar com filtro hidrófobo e bacteriológico, câmara de gotejamento flexível e transparente com filtro de partículas, segmento de bombeamento em silicone de alta precisão, terminação tipo luer lock que permita perfeita adaptação aos dispositivos de infusão. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO B.BRAUN – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca B.BRAUN, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "B.BRAUN" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91123 | 385706 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais através de bomba infusora. Material: PVC atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, específico para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED, descartável, esteril, atóxico, apirogênico, intermediado por silicone grau médio, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gojetadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), injetor lateral (tipo y), com membrana autocicatrizante seguido por filtro de solução (15 micra), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, primming aproximadamente 18 ml, comprimento aproximado de 2,30 m. Embalados individualmente em papel grau cirúrgico. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca Lifemed, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 6303 | 390591 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais fotossensíveis através de bomba infusora. Material: PVC atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, específico para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED, descartável, estéril, atóxico, apirogênico, intermediado por silicone grau médio, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), injetor lateral (tipo y), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, primming aproximadamente 18 ml, comprimento aproximado de 2,30 m. Embalados individualmente em papel grau cirúrgico. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca Lifemed, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(NÃO NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1- Penetrador* | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.3 Tubo* | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.4 Pinça* | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 21622 | 401944 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: infusões precisas e seguras de drogas utilizadas em neonatologia que necessitem de controle rigorozo do gotejamento. Material: PVC atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, específico para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED, descartável, atóxico, apirogênico, constituído por ponta perfurante tipo universal com filtro de ar, tubo em pvc de +/- 15 cm com pinça tipo clamp, câmara graduada de 150 ml, com injetor autocicatrizante e filtro de ar, com câmara gojetadora flexível, tubo de pvc +/- 45 cm, intermediado por silicone grau médio, com pinça tipo rolete, com filtro (15 micra), injetor lateral (tipo y), com membrana autocicatrizante, seguido de tubo com primming reduzido com preenchimento de aproximadamente 10 ml, com conector terminal com capa protetora, comprimento total aproximado de 2,30 m. Embalados individualmente em papel grau cirúrgico. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixas. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca Lifemed, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1- Penetrador*** | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2 Câmara gotejadora*** | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.3 Tubo*** | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.4 Pinça*** | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.5 Conector*** | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37072 | 385706 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais através de bomba infusora. Material: PVC atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, compatível para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED modelo LF Smart duplo canal, descartável, estéril, atóxico, apirogênico, intermediado por silicone grau médio, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), injetor lateral (tipo y), com membrana autocicatrizante seguido por filtro de solução (15 micra), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, priming aproximadamente 18 ml, comprimento aproximado de 2,30 m. Embalados individualmente em papel grau cirúrgico. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixa | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca Lifemed, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED SMART<br>(NÃO NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37073 | 402455 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais fotossensíveis através de bomba infusora. Material: PVC atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, compatível para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED modelo LF Smart duplo canal, descartável, estéril, atóxico, apirogênico, intermediado por silicone grau médio, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), injetor lateral (tipo y), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, priming aproximadamente 18 ml, comprimento aproximado de 2,30 m. Embalados individualmente em papel grau cirúrgico. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca Lifemed, que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED SMART<br>(NÃO NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37651 | 385706 | | | | X | | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais através de bomba infusora. Material: tubo transparente atóxico. Características adicionais: equipo parenteral simples, compatível para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED modelo LF SMART TOUCH MONO, descartável, estéril, atóxico, apirogênico, intermediado por silicone grau médio, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), injetor lateral (tipo y), seguido por filtro de solução (15 micra), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, embalagem individual em papel grau cirúrgico ou similar que garanta a abertura em técnica asséptica. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca LIFEMED, modelo SMART TOUCH que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED SMART TOUCH<br>(NÃO NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Almoxarifado Central | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37652 | 402455 | | | | X | | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, ESTÉRIL. Aplicação: Administração de solução parenterais fotossensíveis através de bomba infusora. Características adicionais: equipo parenteral fotossensível, compatível para bomba de infusão com sistema linear - LIFEMED modelo LF SMART TOUCH MONO, descartável, estéril, atóxico, apirogênico, intermediado por silicone grau médio, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), com ou sem injetor lateral (tipo y) com membrana autocicatrizante seguido por filtro de solução (15 micra), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, embalagem individual em papel grau cirúrgico, ou similar que garanta a abertura em técnica asséptica. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do uso de equipos para infusão é intermediar infusões de medicamentos e dietas. Estes podem ser gravitacionais - cujo desempenho está relacionado com a ação da gravidade e/ou com bombas de infusão - cujo desempenho depende, principalmente, do mecanismo de ação deste equipamento.<br>EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca LIFEMED, modelo SMART TOUCH que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Lifemed" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED SMART TOUCH<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA</u> | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Impressão gráfica completa e legível | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Descrição Resumida** | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY. | | | | | | |
| **Código SES** | **Código BR** | **Código SUS** | **Níveis de Atenção** | | | | |
| | | | **At. Primária** | **At. Secundária** | **At. Hospitalar (Terciária)** | **Média Complexidade** | **PRÉ HOSP** |
| 37660 | 386549 | | | | X | | |
| **Descrição Completa** | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY . Aplicação: Administração de solução parenterais , através de bomba infusora. Características adicionais: equipo parenteral , compatível para bomba de infusão BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY , descartável, estéril, atóxico, apirogênico, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), com ou sem injetor lateral (tipo y) com membrana autocicatrizante seguido por filtro de solução (15 micra), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, embalagem individual em papel grau cirúrgico, ou similar que garanta a abertura em técnica asséptica. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| **Informação extra para justificativa da contratação** | EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3/MINDRAY – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca MINDRAY, modelo BENEFUSION VP3 que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Mindray" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| **Tipo de apresentação** | UNIDADE | | | | | | |
| **Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)** | BOMBA DE INFUSÃO MINDRAY BENEFUSION VP3<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| **Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras.** | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Descrição Resumida** | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY. | | | | | | |
| **Código SES** | **Código BR** | **Código SUS** | **Níveis de Atenção** | | | | |
| | | | **At. Primária** | **At. Secundária** | **At. Hospitalar (Terciária)** | **Média Complexidade** | **PRÉ HOSP** |
| 37661 | 386247 | | | | X | | |
| **Descrição Completa** | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY . Aplicação: Administração de solução parenterais fotossensíveis através de bomba infusora. Características adicionais: equipo parenteral fotossensível, compatível para bomba de infusão BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY , descartável, estéril, atóxico, apirogênico, constituído por ponta perfurante tipo universal, com câmara gotejadora flexível, filtro de ar bacteriológico (15 micra), com ou sem injetor lateral (tipo y) com membrana autocicatrizante seguido por filtro de solução (15 micra), pinça corta fluxo (tipo rolete) e conector terminal com capa protetora, embalagem individual em papel grau cirúrgico, ou similar que garanta a abertura em técnica asséptica. Apresentação: Embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| **Informação extra para justificativa da contratação** | EQUIPOS PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3/MINDRAY – Trata-se de equipo de infusão específico para bombas da marca MINDRAY, modelo BENEFUSION VP3 que compõem o parque de bombas da Rede SES/DF. O equipo de bomba de infusão é indispensável para administração segura de infusões parenterais que necessitam de controle preciso em sua velocidade de infusão.<br>A ausência do insumo acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando a utilização das bombas de infusão "Mindray" e, consequentemente, a administração segura de drogas parenterais, podendo acarretar em redução de oferta de serviços oferecidos, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da SES/DF. | | | | | | |
| **Tipo de apresentação** | UNIDADE | | | | | | |
| **Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)** | BOMBA DE INFUSÃO MINDRAY BENEFUSION VP3<br>(**NÃO** NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| **Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras.** | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 20 CM COMPRIMENTO, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36406 | 457515 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 20 CM COMPRIMENTO, ESTÉRIL. Aplicação: equipo extensor para uso em neonatologia. Material: PVC atóxico. Tamanho/Capacidade: 20 cm, priming reduzido. Características Adicionais: descartável, conector nas extremidades proximal tipo slip/luer e distal luer lock, que permita perfeita adaptação ao dispositivo de infusão. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto. Unidade de Estoque: Unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O equipo extensor, é utilizado com objetivo de extensão da linha de infusão, conectando-a ao dispositivo venoso, proporcionando conforto ao paciente, melhor movimentação e organização dos equipamentos. Além disso, é utilizado para intermediar a infusão de drogas por meio do equipamento bomba de seringa.<br>O "*priming*" ou volume residual no tubo deve ser o menor possível de forma a possibilitar a manipulação de um volume de solução mais próximo da dose indicada diminuindo, dessa forma, o desperdício de medicamentos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPO INTERMEDIÁRIO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: □ 2 vias □ extensor 20cm □ extensor 40cm Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui priming reduzido (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetores das extremidades asseguram a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pinça oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interrupção do gotejamento após fechamento total da pinça | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos (equipos, seringas, cateteres) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 40 CM COMPRIMENTO ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 21551 | 459698 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO EXTENSOR DE 1 VIA, PRIMING REDUZIDO, 40 CM COMPRIMENTO, ESTÉRIL. Aplicação: como equipo extensor para uso em neonatologia. Material: PVC atóxico. Características Adicionais: descartável, conector nas extremidades proximal tipo slip/luer e distal luer lock, que permita perfeita adaptação ao dispositivo de infusão. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O equipo extensor, é utilizado com objetivo de extensão da linha de infusão, conectando-a ao dispositivo venoso, proporcionando conforto ao paciente, melhor movimentação e organização dos equipamentos. Além disso, é utilizado para intermediar a infusão de drogas por meio do equipamento bomba de seringa.<br>O "*priming*" ou volume residual no tubo deve ser o menor possível de forma a possibilitar a manipulação de um volume de solução mais próximo da dose indicada diminuindo, dessa forma, o desperdício de medicamentos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPO INTERMEDIÁRIO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ◻ 2 vias ◻ extensor 20cm ◻ extensor 40cm Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui priming reduzido (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetores das extremidades asseguram a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pinça oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interrupção do gotejamento após fechamento total da pinça | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos (equipos, seringas, cateteres) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO ESTERIL INTERMEDIARIO DE 2 VIAS PRIMING REDUZIDO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 32467 | 459686 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO ESTERIL INTERMEDIARIO DE 2 VIAS PRIMING REDUZIDO. Aplicação: infusão simultânea de soluções parenterais compatíveis, para uso em neonatologia. Material: PVC atóxico. Características adicionais: tubo plástico, atóxico, flexível, estéril, transparente, com priming reduzido (volume de preenchimento de aproximadamente 0,5ml), 15cm de comprimento (±5cm). Presença de conectores na extremidade proximal tipo luer lock macho que permita perfeita adaptação ao dispositivo de infusão e nas extremidades distais tipo luer lock fêmea com tampa rosqueável individual, que encaixe com perfeição em equipos, seringas e outros. Conectores com protetores adequados que garantam a esterilidade do produto, com corta fluxo em todas as vias que não permita passagem de líquido quando totalmente fechado. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EQUIPO INTERMEDIÁRIO 2 VIAS COM PRIMING REDUZIDO – Dispositivo usado para duplicar a via de acesso venoso, permitindo a conexão de dois equipos em uma única via de acesso (escalpe, cateter central). Tem como finalidade a infusão simultânea de duas substâncias distintas, porém, compatíveis em uma mesma via, diminuindo assim, a necessidade de punção de novos acessos.<br>O "priming" ou volume residual no tubo deve ser o menor possível de forma a possibilitar a manipulação de um volume de solução mais próximo da dose indicada diminuindo, dessa forma, o desperdício de medicamentos. A ausência acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada, além de exposição dos pacientes ao risco de infecção e flebite ao submetê-los a múltiplos acessos venosos e, consequentemente, aumentando os custos de sua internação. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPO INTERMEDIÁRIO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ extensor 20cm ☐ extensor 40cm Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui priming reduzido (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetores das extremidades asseguram a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pinça oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interrupção do gotejamento após fechamento total da pinça | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos (equipos, seringas, cateteres) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO INTERMEDIARIO 2 VIAS, 15 CM (+/-2CM), ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91122 | 459694 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | EQUIPO INTERMEDIÁRIO 2 VIAS, 15 CM (+/-2CM), ESTÉRIL. Aplicação: duplicador de vias acessos aos dispositivos de administração de soluções parenterais. Material: PVC atóxico, livre de látex. Características adicionais: descartável, com conectores que encaixe com perfeição em equipos, seringas, etc, com protetores adequados que garantam a esterilidade do produto, com corta fluxo em todas as vias que não permita passagem de líquido quando totalmente fechado; com tubo plástico, atóxico, com boa flexibilidade, transparente e diâmetro do tubo uniforme nas duas vias, com conector distal luer lock que proporcione encaixe perfeito em agulhas, cateteres endovenosos e com protetor. Embalagem individual em papel grau cirúrgico ou similar, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EQUIPO INTERMEDIÁRIO 2 VIAS – Dispositivo usado para duplicar a via de acesso venoso, permitindo a conexão de dois equipos em uma única via de acesso (escalpe, cateter central). Tem como finalidade a infusão simultânea de duas substâncias distintas, porém, compatíveis em uma mesma via, diminuindo assim, a necessidade de punção de novos acessos. A ausência acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada, além de exposição dos pacientes ao risco de infecção e flebite ao submetê-los a múltiplos acessos venosos e, consequentemente, aumentando os custos de sua internação. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPO INTERMEDIÁRIO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: □ 2 vias □ extensor 20cm □ extensor 40cm Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui priming reduzido (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetores das extremidades asseguram a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pinça oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interrupção do gotejamento após fechamento total da pinça | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos (equipos, seringas, cateteres) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA IRRIGAÇÃO VESICAL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36715 | 444367 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | EQUIPO PARA IRRIGAÇÃO VESICAL: em via única de pvc, com ponta perfurante com tampa, que permita conexão segura e facilite a introdução em recipientes de soluções sem risco de desconectar durante o uso, com protetor adequado; com câmara gotejadora transparente e flexível, com conector para sonda vesical escalonado tipo ponteira, com pinça corta fluxo, atóxico, apirogênico, com comprimento mínimo de 150 cm. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A finalidade do equipo para irrigação vesical é de promover uma irrigação contínua em procedimentos cirúrgicos e pós-operatório. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPO DE IRRIGAÇÃO VESICAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistência a tração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | | |
| | Extremidades distais dos conectores permitem o encaixe adequado à via de irrigação da sonda vesical, sem vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui conector para sonda vesical escalonado tipo ponteira | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | | | |

| | |
|---|---|
| | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FILTRO DE 0,22 MICRA PARA INFUSÃO DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS (compra suspensa) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35785 | 378958 | | | | X (HRT) | | |
| Descrição Completa | FILTRO DE 0,22 MICRA PARA INFUSÃO DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS. Filtro capaz de reter partículas sólidas e bolhas de ar, adequado para infusão de medicamentos quimioterápicos, compatível com equipos e dispositivos de infusão. Embalagem individual em papel grau cirúrgicos. Estéril, invólucro resistente ao manuseio capaz de manter sua integridade e esterilidade. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FILTRO DE 0,22 MICRA PARA INFUSÃO DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS - No preparo dos medicamentos injetáveis, pode ocorrer a presença de particulados na solução (fragmentos de vidro resultantes da quebra de ampolas, fragmentos de borracha da punção da rolha de frascos-ampola, filamentos de gaze estéril, bactérias e etc.) O uso de filtros de infusão minimiza a chegada desses particulados ao paciente, sendo que para administração de alguns quimioterápicos, o uso deste dispositivo é obrigatório. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FILTRO DE 0,22 MICRA PARA INFUSÃO DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | selamento posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Compatível com equipos e dispositivos de infusão (1 extremidade com conector luer femea e a outra luer macho) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica e a administração de quimioterápico com segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DISPOSITIVO SPIKE PARA PREPAR0 E RECONSTITUIÇÃO DE CITOSTÁTICOS | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37619 | 378958 | | | | X (HRT) | | |
| Descrição Completa | DISPOSITIVO SPIKE PARA PREPAR0 E RECONSTITUIÇÃO DE CITOSTÁTICOS - Aplicação (finalidade): Dispositivo spike para preparação e reconstituição de citostáticos, com filtro de ar de 0,2 micra e filtragem de fluido que garanta o manuseio seguro e previna a contaminação microbiana, química e retenção de aerossóis. Características adicionais: Ponta perfurante de fácil penetração a todos os tipos de tampas de borracha, com conexão segura luer lock, produto estéril, atóxico e apirogênico. Apresentação: Embalagem individual que permita abertura em técnica asséptica, acondicionadas em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A aquisição do Filtro com Membrana Hidrófoba para preparação e reconstituição de citostáticos é importante, pois é um dispositivo de segurança que minimiza a geração de aerossóis e a ocorrência de acidentes durante a manipulação de citostáticos.<br>Toda preparação de soluções deve levar em conta a existência de pressões positivas no interior dos frascos criadas pela introdução de ar ou líquido do exterior, o que deve ser evitado, pois pode originar aerossóis e gotas no local de inserção da agulha. Para evitar este risco, deve-se usar filtros de arejamento, os quais são providos de uma membrana hidrófoba com poros de 0,22 µm, o que permite a saída de ar e não de medicamento. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE DISPOSITIVO SPIKE PARA PREPAR0 E RECONSTITUIÇÃO DE CITOSTÁTICOS | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo, TIPO SPIKE | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta abertura de ar com filtro de 0.22 micra embutido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Perfurador resistente e eficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetores nas extremidades asseguram a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DISPOSITIVO PARA MISTURA OU RECONSTITUIÇAO DE DROGAS | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 33196 | 0428773 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | DISPOSITIVO PARA MISTURA OU RECONSTITUIÇAO DE DROGAS. Aplicação: mistura ou reconstituição de drogas em frascos sem contato com o ambiente externo. Composição: PVC atóxico, livre de látex. Duas pontas perfurantes, padrão ISO, com protetor. Características adicionais: pega ergonômica que evita o contato das mãos com a ponta perfurante e facilita o manuseio do profissional. Processo de esterilização: esterilizado por óxido de etileno. Forma de apresentação: embalagem individual, acondicionado em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica e de uso único. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Os misturadores de drogas permitem manipulação, mistura e reconstituição de drogas, sem riscos, de forma organizada e com redução de etapas para os profissionais, o que também propicia uma redução na chance de contaminação da droga durante seu preparo.<br>Apesar de não estarem associados à transmissão de doenças por via sanguínea, estes procedimentos podem ser responsáveis por gerar maior utilização de agulhas no ambiente hospitalar, e também expor o profissional a materiais que geram risco ao ambiente. Além dos riscos associados a acidentes com materiais perfuro-cortantes e ao contato com material biológico.<br>Portanto, a aquisição do insumo é importante para diminuir o risco de acidentes ocupacionais, melhorar a força de trabalho e consequentemente a oferta de serviços oferecidos na Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA MISTURA OU RECONSTITUIÇÃO DE DROGAS**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Especificação: _____Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pega ergonômica que evita contato das mãos com as pontas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Duas pontas perfurantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Perfurador resistente e eficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetores nas extremidades asseguram a esterilidade do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DISPOSITIVO PARA AUXILIO DE IRRIGAÇAO E LAVAGEM DE CAVIDADES E FERIDAS | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 33197 | 455855 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | DISPOSITIVO PARA AUXILIO DE IRRIGAÇAO E LAVAGEM DE CAVIDADES E FERIDAS. Aplicação: auxiliar o uso de fluidos no tratamento de feridas, irrigação de campos cirúrgicos e lavagem de cavidades. Composição: PVC atóxico, livre de látex, com uma ponta perfurante padrão ISO com protetor, e a outro reta, com proteção tipo cone luer, que garante a oclusão do sistema após o uso. Características adicionais: pega ergonômica que evita o contato das mãos com as pontas. Esterilizado por óxido de etileno. Forma de apresentação: embalagem individual acondicionado em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica e de uso único. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dispositivo usado para auxiliar o uso de fluidos no tratamento de feridas, irrigação de campos cirúrgicos e lavagem de cavidades. É utilizado em todos os níveis de atenção.<br>Trata-se de um insumo importante para melhorar os processos de trabalho e a qualidade da assistência prestada aos usuários da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA AUXÍLIO DE IRRIGAÇÃO E LAVAGEM DE CAVIDADES E FERIDAS**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Especificação: _____Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (PVC) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta perfurante com protetor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta reta com protetor tipo cone Luer | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a oclusão do sistema após o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Perfurador resistente e eficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pega ergonômica que evita o contato das mãos com a ponta | | |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TORNEIRA DESCARTÁVEL COM TRÊS VIAS, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91191 | 256077 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | TORNEIRA DESCARTÁVEL COM TRÊS VIAS, ESTÉRIL. Aplicação: para ampliação da via de acesso venoso. Características: dividida em corpo e núcleo; o corpo da peça em plástico cristal deve possuir três vias com duas extremidades tipo luer lock e uma tipo macho com tampa; o núcleo em plástico opaco colorido deve possuir perfurações e o movimento de permitir ou bloquear o fluxo de líquidos através de movimento giratório da manopla, deve conter setas claramente visíveis na sua superfície indicando a liberação do fluxo; em tamanho padrão; que apresente perfeita adaptação aos dispositivos de infusão, não apresentando vazamento. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dispositivo que permite realizar fluxo simultâneo ou a interrupção em qualquer uma das vias. É utilizado em pacientes críticos, em atendimentos do SAMU 192, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorros e UTI em todas as unidades de saúde da SES/DF.<br>Permite a conexão de dois equipos ou seringas em uma única via de acesso (escalpe, cateter central). Tem como finalidade a infusão de substâncias distintas por uma única via, diminuindo assim, a necessidade de punção de novos acessos.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada, além de exposição dos pacientes ao risco de infecção e flebite ao submetê-los a múltiplos acessos venosos e, consequentemente, aumentando os custos de sua internação. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE TORNEIRA DESCARTÁVEL, 3 VIAS**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Especificação: _____Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alta resistência a pressões das drogas endovenosas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Manoplas giratórias com rotação 360º | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Corpo plástico permite boa visibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Vias com conexões seguras aos dispositivos de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Núcleo da peça em plástico opaco colorido com perfurações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Setas visíveis na superfície com indicação da direção de fluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TAMPA OCLUSORA PARA DISPOSITIVOS DE INFUSÃO, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36017 | 273502 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | TAMPA OCLUSORA PARA DISPOSITIVOS DE INFUSÃO, ESTÉRIL. Aplicação: proteger os dispositivos de infusão (equipos, seringas, cateteres, torneirinhas, multivias, scalps e etc) da entrada de microrganismos, prevenindo o risco de contaminação de suas extremidades. Características adicionais: Tampa rígida, em PVC, de vedação de dispositivos para sistema de infusão possuindo conexão luer macho e fêmea em um único produto, permitindo a conexão em dispositivos do tipo luer lock e luer slip, de fácil manuseio. Tamanho: padrão. Embalagem individual em papel grau cirúrgico que permite abertura em técnica asséptica. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Utilizado para proteger os cateteres intravenosos e os equipos durante a retirada das infusões de medicamentos. Tem como finalidade de reduzir o risco de contaminação da corrente sanguínea através dos dispositivos intravenosos.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada, além de exposição dos pacientes ao risco de infecção e flebite ao submetê-los a múltiplos acessos venosos e, consequentemente, aumentando os custos de sua internação. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TAMPA OCLUSORA DE DISPOSITIVOS DE INFUSÃO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo, (PVC) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material rígido e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui conexão luer macho e fêmea em único produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite conexão com dispositivos dos tipo luer lock e luer slip | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite perfeita vedação das extremidades dos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade a que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA (em fase de Despadronização, será substituído pelo código 37602) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 30972 | 395230 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA. Aplicação: oxigenoterapia em paciente adulto. Material: polivinil atóxico e silicone. Características Adicionais: com extensão mínima de 2,1 em PVC, flexível com ajuste e adaptação confortável, contendo um dispositivo que se adapte às narinas, todo em silicone flexível, com haste de sustentação sobre as orelhas (como óculos). Apresentação: embalagem individual, descartável, Unidade de Estoque: Unidade (UN). Não Estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente.<br>Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CATETER NASAL TIPO ÓCULOS – É um dispositivo de baixo fluxo, utilizado para administração de oxigênio por intermédios de introdutores nasais. Fornecem oxigênio suplementar de até 8l/min. Utilizado tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas. É um dispositivo simples e de fácil aplicação. O material feito em silicone torna o uso mais confortável por longos períodos, diminuindo o risco de lesões na mucosa nasal. Além disso, possibilita que o paciente se movimente no leito, converse e se alimente sem interromper o fluxo de oxigênio.<br>É utilizado em todos os níveis de atenção à saúde da Rede SES/DF, inclusive, por paciente em atenção domiciliar. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER NASAL, TIPO ÓCULOS | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Tipo: ( ) pronga 100% silicone ( ) pronga siliconizada Tamanho: _____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta haste de sustentação sobre as orelhas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material liso e sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37602 | 395230 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA. Aplicação: oxigenoterapia em paciente adulto. Material: polivinil atóxico e silicone. Características Adicionais: com extensão mínima de 1,4 m em PVC flexível, prongas em silicone flexível que se adapte às narinas de forma confortável, haste de sustentação sobre as orelhas (como óculos). Apresentação: embalagem individual, descartável, não Estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente.<br>Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CATETER NASAL TIPO ÓCULOS – É um dispositivo de baixo fluxo, utilizado para administração de oxigênio por intermédios de introdutores nasais. Fornecem oxigênio suplementar de até 8l/min. Utilizado tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas. É um dispositivo simples e de fácil aplicação. O material feito em silicone torna o uso mais confortável por longos períodos, diminuindo o risco de lesões na mucosa nasal. Além disso, possibilita que o paciente se movimente no leito, converse e se alimente sem interromper o fluxo de oxigênio.<br><br>É utilizado em todos os níveis de atenção à saúde da Rede SES/DF, inclusive, por paciente em atenção domiciliar. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER NASAL, TIPO ÓCULOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Tipo: ( ) pronga 100% silicone ( ) pronga siliconizada Tamanho: _____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta haste de sustentação sobre as orelhas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material liso e sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA (EM FASE DE DESPADRONIZAÇÃO, SERÁ SUBSTITUÍDO PELO CÓDIGO 37603) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 30971 | 282205 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CATETER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA. Aplicação: oxigenoterapia. Material: polivinil atóxico e silicone. Características Adicionais: com extensão mínima de 2,1 em PVC, flexível com ajuste e adaptação confortável, contendo um dispositivo que se adapte às narinas, todo em silicone flexível, com haste de sustentação sobre as orelhas (como óculos). Apresentação: embalagem individual, descartável, Unidade de Estoque: Unidade (UN). Não Estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente.<br>Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CATETER NASAL TIPO ÓCULOS – É um dispositivo simples e de fácil aplicação utilizado tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas. Tem como finalidade a administração de oxigênio por meio de introdutores nasais, fornecendo oxigênio suplementar de até 8l/min. O material feito em silicone torna o uso mais confortável por longos períodos, diminuindo o risco de lesões na mucosa nasal. Além disso, possibilita que o paciente se movimente no leito, converse e se alimente sem interromper o fluxo de oxigênio. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER NASAL, TIPO ÓCULOS** | | | | | | |
| | **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Tipo: ( ) pronga 100% silicone ( ) pronga siliconizada Tamanho: _____ | | | | | | |
| | **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | | | | | |
| | **2.1- Embalagem:** | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta haste de sustentação sobre as orelhas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material liso e sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37603 | 0282205 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CATETER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA. Aplicação: oxigenoterapia. Material: cânula ou pronga confeccionada em 100% silicone, acompanhada de extensão em PVC (policloreto de vinila) ou silicone. Características Adicionais: formato anatômico, atóxico, translúcido e resistente a dobras, conector de oxigênio universal, comprimento mínimo de 1,4 metros. Medida do diâmetro externo da pronga entre 2,4 a 3,4 e altura da pronga até 15mm. Apresentação: embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, conforme preconizado pela norma sanitária. Descartável e de uso único. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CATETER NASAL TIPO ÓCULOS – É um dispositivo simples e de fácil aplicação utilizado tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas. Tem como finalidade a administração de oxigênio por meio de introdutores nasais, fornecendo oxigênio suplementar de até 8l/min. O material feito em silicone torna o uso mais confortável por longos períodos, diminuindo o risco de lesões na mucosa nasal. Além disso, possibilita que o paciente se movimente no leito, converse e se alimente sem interromper o fluxo de oxigênio.<br>Trata-se de um insumo fundamental e indispensável para os serviços de saúde, utilizado em todos os níveis de atenção à saúde da Rede SES/DF. A ausência acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER NASAL, TIPO ÓCULOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Tipo: ( ) pronga 100% silicone ( ) pronga siliconizada Tamanho: _____ | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material liso e sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER NASAL NEONATAL, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37887 | 282235 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CATETER NASAL NEONATAL, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA. Aplicação: oxigenoterapia. Material: cânula ou pronga confeccionada em 100% silicone, acompanhada de extensão em PVC (policloreto de vinila) ou silicone. Características Adicionais: formato anatômico, atóxico, translúcido e resistente a dobras. Conector de oxigênio universal, comprimento mínimo de 1,4 metros. Medida do diâmetro externo da pronga entre 1,4mm e 2,3mm e altura da pronga até 10mm. Apresentação: embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, conforme preconizado pela norma sanitária. Descartável e de uso único. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CATETER NASAL TIPO ÓCULOS – É um dispositivo simples e de fácil aplicação utilizado tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas. Tem como finalidade a administração de oxigênio por meio de introdutores nasais, fornecendo oxigênio suplementar de até 8l/min. O material feito em silicone torna o uso mais confortável por longos períodos, diminuindo o risco de lesões na mucosa nasal. Além disso, possibilita que o paciente se movimente no leito, converse e se alimente sem interromper o fluxo de oxigênio.<br>Trata-se de um insumo fundamental e indispensável para os serviços de saúde, utilizado em todos os níveis de atenção à saúde da Rede SES/DF. A ausência acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER NASAL, TIPO ÓCULOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Tipo: ( ) pronga 100% silicone ( ) pronga siliconizada Tamanho: _____ | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico e hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material liso e sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 0, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92217 | 454161 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO AÉREA POSITIVA Nº 0, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva em modalidade CPAP, por meio de cânula nasal. Material: pronga em silicone. Características adicionais: embalagem composta por cânula nasal em silicone (Pronga), traquéias corrugadas, conector com entrada para linha de pressão, conector para cânula/traquéia, gorro em malha, sem costura, com hastes de fixação acolchoadas, em algodão, hipoalergênico, com velcro na extremidade. Apresentação: embalagem individual em bandeja de plástico flexível acondicionado em caixa com 10 (dez) unidades. Unidade De Estoque: unidade. Código SES: 92217. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – É usado como alternativa de recurso terapêutico em pacientes com quadros de insuficiência respiratória, ajudando a promover melhora do prognóstico dos mesmos, evitando eventualmente a evolução para a intubação orotraqueal. Ademais, pode estar associada ao uso da ventilação mecânica no tratamento de pacientes com hipoxemia grave em função da síndrome do desconforto respiratório. E ainda, auxilia a progressão do processo de desmame de pacientes em uso de ventilação mecânica. Possui diferentes numerações de forma a adequar o conjunto ao perfil e idade do paciente a ser atendido.<br>São as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) no ambiente hospitalar. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Sua ausência pode refletir em dificuldade/privação de acesso do usuário à terapêutica adequada, e consequentemente evolução e prognósticos ruins.<br>O conjunto para fornecer pressão positiva é utilizado principalmente em UTI Neonatal e Pediátrica e em salas de emergência de unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| | |
|---|---|
| pelo MTE, e outras. | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – CPAP**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____
Lote:_____
Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Pronga em silicone maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Traqueias corrugadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector com entrada para linha de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector para cânula/traqueia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Gorro em malha sem costura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hastes de fixação acolchoadas em algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico, com velcro na extremidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem de plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____
_____
_____

**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
**Nome:**_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto | Z |

| | |
|---|---|
| (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 1, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92210 | 454156 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 1, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva em modalidade CPAP, por meio de cânula nasal. Material: pronga em silicone. Características adicionais: embalagem composta por cânula nasal em silicone (Pronga), traquéias corrugadas, conector com entrada para linha de pressão, conector para cânula/traquéia, gorro em malha, sem costura, com hastes de fixação acolchoadas, em algodão, hipoalergênico, com velcro na extremidade. Apresentação: embalagem individual em bandeja de plástico flexível acondicionado em caixa com 10 (dez) unidades. Unidade De Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – É usado como alternativa de recurso terapêutico em pacientes com quadros de insuficiência respiratória, ajudando a promover melhora do prognóstico dos mesmos, evitando eventualmente a evolução para a intubação orotraqueal. Ademais, pode estar associada ao uso da ventilação mecânica no tratamento de pacientes com hipoxemia grave em função da síndrome do desconforto respiratório. E ainda, auxilia a progressão do processo de desmame de pacientes em uso de ventilação mecânica. Possui diferentes numerações de forma a adequar o conjunto ao perfil e idade do paciente a ser atendido.<br>São as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) no ambiente hospitalar. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Sua ausência pode refletir em dificuldade/privação de acesso do usuário à terapêutica adequada, e consequentemente evolução e prognósticos ruins.<br>O conjunto para fornecer pressão positiva é utilizado principalmente em UTI Neonatal e Pediátrica e em salas de emergência de unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – CPAP | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pronga em silicone maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Traqueias corrugadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com entrada para linha de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector para cânula/traqueia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gorro em malha sem costura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hastes de fixação acolchoadas em algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico, com velcro na extremidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem de plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |

| | |
|---|---|
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 2, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92211 | 454157 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 2, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva em modalidade CPAP, por meio de cânula nasal. Material: pronga em silicone. Características adicionais: embalagem composta por cânula nasal em silicone (Pronga), traquéias corrugadas, conector com entrada para linha de pressão, conector para cânula/traquéia, gorro em malha, sem costura, com hastes de fixação acolchoadas, em algodão, hipoalergênico, com velcro na extremidade. Apresentação: embalagem individual em bandeja de plástico flexível acondicionado em caixa com 10 (dez) unidades. Unidade De Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – É usado como alternativa de recurso terapêutico em pacientes com quadros de insuficiência respiratória, ajudando a promover melhora do prognóstico dos mesmos, evitando eventualmente a evolução para a intubação orotraqueal. Ademais, pode estar associada ao uso da ventilação mecânica no tratamento de pacientes com hipoxemia grave em função da síndrome do desconforto respiratório. E ainda, auxilia a progressão do processo de desmame de pacientes em uso de ventilação mecânica. Possui diferentes numerações de forma a adequar o conjunto ao perfil e idade do paciente a ser atendido.<br>São as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) no ambiente hospitalar. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Sua ausência pode refletir em dificuldade/privação de acesso do usuário à terapêutica adequada, e consequentemente evolução e prognósticos ruins.<br>O conjunto para fornecer pressão positiva é utilizado principalmente em UTI Neonatal e Pediátrica e em salas de emergência de unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – CPAP**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Pronga em silicone maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Traqueias corrugadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector com entrada para linha de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector para cânula/traqueia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Gorro em malha sem costura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hastes de fixação acolchoadas em algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico, com velcro na extremidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem de plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____
_____

**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
**Nome:**_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |

| | |
|---|---|
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 3, NÃO ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92212 | 454158 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 3, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva em modalidade CPAP, por meio de cânula nasal. Material: pronga em silicone. Características adicionais: embalagem composta por cânula nasal em silicone (Pronga), traquéias corrugadas, conector com entrada para linha de pressão, conector para cânula/traquéia, gorro em malha, sem costura, com hastes de fixação acolchoadas, em algodão, hipoalergênico, com velcro na extremidade. Apresentação: embalagem individual em bandeja de plástico flexível acondicionado em caixa com 10 (dez) unidades. Unidade De Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – É usado como alternativa de recurso terapêutico em pacientes com quadros de insuficiência respiratória, ajudando a promover melhora do prognóstico dos mesmos, evitando eventualmente a evolução para a intubação orotraqueal. Ademais, pode estar associada ao uso da ventilação mecânica no tratamento de pacientes com hipoxemia grave em função da síndrome do desconforto respiratório. E ainda, auxilia a progressão do processo de desmame de pacientes em uso de ventilação mecânica. Possui diferentes numerações de forma a adequar o conjunto ao perfil e idade do paciente a ser atendido.<br>São as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) no ambiente hospitalar. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Sua ausência pode refletir em dificuldade/privação de acesso do usuário à terapêutica adequada, e consequentemente evolução e prognósticos ruins.<br>O conjunto para fornecer pressão positiva é utilizado principalmente em UTI Neonatal e Pediátrica e em salas de emergência de unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – CPAP**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Pronga em silicone maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Traqueias corrugadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector com entrada para linha de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector para cânula/traqueia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Gorro em malha sem costura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hastes de fixação acolchoadas em algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico, com velcro na extremidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem de plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____
_____

**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
**Nome:**_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |

| | |
|---|---|
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 4, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92213 | 454159 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO AÉREA POSITIVA Nº 4, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva em modalidade CPAP, por meio de cânula nasal. Material: pronga em silicone. Características adicionais: embalagem composta por cânula nasal em silicone (Pronga), traquéias corrugadas, conector com entrada para linha de pressão, conector para cânula/traquéia, gorro em malha, sem costura, com hastes de fixação acolchoadas, em algodão, hipoalergênico, com velcro na extremidade. Apresentação: embalagem individual em bandeja de plástico flexível acondicionado em caixa com 10 (dez) unidades. Unidade De Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – É usado como alternativa de recurso terapêutico em pacientes com quadros de insuficiência respiratória, ajudando a promover melhora do prognóstico dos mesmos, evitando eventualmente a evolução para a intubação orotraqueal. Ademais, pode estar associada ao uso da ventilação mecânica no tratamento de pacientes com hipoxemia grave em função da síndrome do desconforto respiratório. E ainda, auxilia a progressão do processo de desmame de pacientes em uso de ventilação mecânica. Possui diferentes numerações de forma a adequar o conjunto ao perfil e idade do paciente a ser atendido.<br>São as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) no ambiente hospitalar. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Sua ausência pode refletir em dificuldade/privação de acesso do usuário à terapêutica adequada, e consequentemente evolução e prognósticos ruins.<br>O conjunto para fornecer pressão positiva é utilizado principalmente em UTI Neonatal e Pediátrica e em salas de emergência de unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| | |
|---|---|
| pelo MTE, e outras. | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – CPAP**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Pronga em silicone maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Traqueias corrugadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector com entrada para linha de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Conector para cânula/traqueia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Gorro em malha sem costura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hastes de fixação acolchoadas em algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico, com velcro na extremidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem de plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____
_____
_____

**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
**Nome:**_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto | Z |

| | |
|---|---|
| (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 5, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92214 | 454160 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO AÉREA POSITIVA Nº 5, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva em modalidade CPAP, por meio de cânula nasal. Material: pronga em silicone. Características adicionais: embalagem composta por cânula nasal em silicone (Pronga), traquéias corrugadas, conector com entrada para linha de pressão, conector para cânula/traquéia, gorro em malha, sem costura, com hastes de fixação acolchoadas, em algodão, hipoalergênico, com velcro na extremidade. Apresentação: embalagem individual em bandeja de plástico flexível acondicionado em caixa com 10 (dez) unidades. Unidade De Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – É usado como alternativa de recurso terapêutico em pacientes com quadros de insuficiência respiratória, ajudando a promover melhora do prognóstico dos mesmos, evitando eventualmente a evolução para a intubação orotraqueal. Ademais, pode estar associada ao uso da ventilação mecânica no tratamento de pacientes com hipoxemia grave em função da síndrome do desconforto respiratório. E ainda, auxilia a progressão do processo de desmame de pacientes em uso de ventilação mecânica. Possui diferentes numerações de forma a adequar o conjunto ao perfil e idade do paciente a ser atendido.<br>São as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) no ambiente hospitalar. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento. Sua ausência pode refletir em dificuldade/privação de acesso do usuário à terapêutica adequada, e consequentemente evolução e prognósticos ruins.<br>O conjunto para fornecer pressão positiva é utilizado principalmente em UTI Neonatal e Pediátrica e em salas de emergência de unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO POSITIVA – CPAP | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| informando a RDC, caso haja | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pronga em silicone maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Traqueias corrugadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com entrada para linha de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector para cânula/traqueia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gorro em malha sem costura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hastes de fixação acolchoadas em algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico, com velcro na extremidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem de plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confortável e com baixo risco de lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO ADULTO, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91182 | 0435418 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO ADULTO, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: terapia por inalação, Material: polietileno e polipropileno atóxico. Características Adicionais: Conjunto composto por máscara compatível com tamanho adulto, maleável, anatômica, que não exale odor desagradável. Copo nebulizador com capacidade 15ml, resistente, transparente, adaptável a mascara em sistema de encaixe. Tubo extensor com comprimento aproximado de 1,5m, flexível, adaptável em uma das extremidades ao copo nebulizador e outra extremidade ao ponto de oxigênio, que permita perfeita adaptação. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixas. Unidade De Estoque: conjunto (CJ). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO DE NEBULIZAÇÃO – É um produto projetado para aliar tecnologia e facilidade no manuseio para uso em gasoterapia, como inalação e aplicação de medicamentos vaporizados e umidificados gerados por passagem de oxigênio ou ar comprimido medicinal. É indispensável para assistir os pacientes portadores de doenças respiratórias agudas ou crônicas. O conjunto de nebulização é utilizado em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Individual e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material em polietileno e polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara maleável, anatômica e confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste da mascara a face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Copo nebulizador com capacidade de 15ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Copo nebulizador resistente, transparente, adaptável a mascara | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor de 1,5m | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor flexível e transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades adaptáveis ao ponto de $O^2$ e ao copo nebulizador | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta funcionamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 724 | 435419 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: terapia por inalação. Material: polietileno e polipropileno atóxico. Características Adicionais: Conjunto composto por máscara compatível com tamanho infantil maleável, anatômica, que não exale odor desagradável. Copo nebulizador com capacidade 15ml, resistente, transparente, adaptável a máscara em sistema de encaixe. Tubo extensor com comprimento de 1,5m, transparente, flexível, adaptável em uma das extremidades ao copo nebulizador e a outra extremidade ao ponto de oxigênio, permitindo perfeita adaptação. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixas. Unidade de Estoque: conjunto (CJ). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>CONJUNTO DE NEBULIZAÇÃO – É um produto projetado para aliar tecnologia e facilidade no manuseio para uso em gasoterapia, como inalação e aplicação de medicamentos vaporizados e umidificados gerados por passagem de oxigênio ou ar comprimido medicinal. É indispensável para assistir os pacientes portadores de doenças respiratórias agudas ou crônicas. O conjunto de nebulização é utilizado em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material em polietileno e polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara maleável, anatômica e confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste da mascara a face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Copo nebulizador com capacidade de 15ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Copo nebulizador resistente, transparente, adaptável a mascara | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor de 1,5m | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor flexível e transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extremidades adaptáveis ao ponto de $O^2$ e ao copo nebulizador | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta funcionamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESPAÇADOR PARA INALADOR DOSIMETRADO PRESSURIZADO VOLUME DA CÂMARA DE NO MÍNIMO 140 ML E MÁXIMO DE 350 ML NÃO ESTÉRIL, USO INDIVIDUAL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 23642 | 0357700 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ESPAÇADOR PARA INALADOR DOSIMETRADO PRESSURIZADO VOLUME DA CÂMARA DE NO MÍNIMO 140 ML E MÁXIMO DE 350 ML NÃO ESTÉRIL, USO INDIVIDUAL. Aplicação: administração de medicamentos para asma por via inalatória para uso individual. Material: plástico atóxico. Características Adicionais: espaçador convencional para auxiliar na administração de medicamentos em aerossol, de forma a melhorar o aproveitamento da droga. Uso infantil, crianças de até 20 kg e/ou menores de 5 anos de idade. Com máscara infantil. Valvulado, para impedir a inspiração do ar expirado e as válvulas devem ter resistência muito baixa para que possam ser usadas em lactentes. O espaçador deve ser constituído por base, corpo, bocal com tampa, diafragma, mascara e válvula de exalação que permitam a desmontagem integral ou parcial para favorecer a limpeza. Sendo o corpo em plástico translúcido e as demais partes em plástico atóxico. Base que se adapte a todos os tipos de medicamentos em aerossol. Resistente. Apresentação: unidade embalada individualmente. Unidade de estoque: Unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESPAÇADOR-INALADOR DOSIMETRADO – É um dispositivo que administra uma quantidade específica de medicamento aos pulmões sob a forma de uma pequena vaporização em aerossol. É o método de administração mais comum no tratamento de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras doenças do trato respiratório. Os tipos de medicamentos mais comuns são broncodilatadores, corticosteróides ou uma combinação de ambos para tratamento de infecções ou afecções respiratórias. O espaçador-inalador dosimetrado é utilizado em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | |
|---|---|---|---|
| | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESPAÇADOR INALADOR DOSIMETRADO | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto e assegura esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicação e recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com o solicitado (plástico atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Composto por base, corpo, bocal com tampa, diafragma, máscara e válvula de exalação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para uso infantil (crianças de até 20kg e/ou menores de 5 anos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara transparente com volume solicitado (mínimo de 140ml e máximo de 350ml) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bases permite adaptação aos medicamentos em aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a desmontagem para facilitar a limpeza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Contém mascara infantil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONECTOR PARA AEROSSOLTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35781 | 387142 | | | | X | X | X |
| Descrição Completa | CONECTOR PARA AEROSSOLTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESTÉRIL. Aplicação: administração de aerossóis, através de sistema fechado, em pacientes adaptados à ventilação mecânica, garantindo doses precisas. Características adicionais: conector em PVC atóxico, com bases superior e inferior abertas, conexão universal com prótese ventilatória, orifício lateral universal para frascos de medicamentos broncodilatadores com tampa que permita a instalação do aerossol na fase "INS"; seta indicando a direção do spray de medicação, estéril e descartável. Embalagem que assegure a integridade e esterilidade do produto. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CONECTOR PARA AEROSSOLTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA – É um dispositivo adaptável ao circuito de ventilador mecânico. Tem a função de fazer com que o medicamento chegue até os pulmões do paciente em uso de ventilação mecânica. É universal por ser compatível com todos os dispensadores de medicamentos aerossol e circuitos de ventiladores.<br>O conector para aerossolterapia em ventilação mecânica é utilizado principalmente em UTI e salas de emergência de unidades hospitalares e de Unidades de Pronto Atendimento. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONECTOR PARA AEROSSOTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Individual e oferece proteção ao produto e assegura esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | | |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com o solicitado (PVC atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bases superiores e inferiores abertas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Orifício lateral universal para frascos de broncodilatadores | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite a instilação do medicamento de forma adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício lateral com tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Seta indicando a direção do spray do medicamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Produto estéril | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta encaixes adequados ao circuito do ventilador/tubo/cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | MASCARA DE NAO-REINALAÇAO - MODELO ADULTO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12814 | 454574 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | MASCARA DE NAO-REINALAÇAO - MODELO ADULTO, Tamanho: adulto, Características Adicionais: máscara para oxigenioterapia em vinil macio e transparente facilitando avaliação visual, com presilha ajustável de nariz para fixação confortável. Faixa elástica ajustável à face do paciente. Válvula de controle de baixa resistência, previne a reinalação de gases e duas membranas na máscara permitem a eliminação do gás exalado. Sistema completo, com bolsa reservatória de capacidade mínima de 750ml e tubo de suprimento de oxigênio com no mínimo 2,00m de comprimento. Permite terapia com até 100% de O2. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>A máscara de não-reinalação possui válvulas que impedem a reinalação do gás expirado. Durante a inspiração uma leve pressão negativa fecha as válvulas exalatórias impedindo a mistura e/ou diluição aérea e ao mesmo tempo, a válvula inspiratória se abre por fluxo positivo de $O_2$. Isso permite que o dispositivo ofereça altas concentrações de $O_2$ ao paciente. São utilizadas em todos os níveis de atenção, mas principalmente em unidades hospitalares, pré-hospitalares e nos serviços de atenção domiciliar da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA PARA OXIGENOTERAPIA NÃO REINALANTE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ adulto □ pediátrico Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara em vinil macio e transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de suprimento de O2 transparente com conexão adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de suprimento de O2 com tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presilha nasal para ajuste | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste à face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite desinfecção e/ou esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui válvulas que previne a reinalação de gases | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara com 2 membranas que permitem a eliminação do gás exalado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bolsa reservatório de material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bolsa reservatória com capacidade compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite aplicação da terapia de forma adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara maleável, anatômica, confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA DE NAO-REINALAÇAO - MODELO PEDIATRICO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12815 | 454575 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | MÁSCARA DE NAO-REINALAÇAO - MODELO PEDIATRICO, Tamanho: pediátrico, Características Adicionais: com abertura de segurança, máscara para oxigenioterapia em vinil macio e transparente facilitando avaliação visual, ajustável a face da criança, com presilha ajustável de nariz para fixação confortável. Válvula de controle de baixa resistência, previne a reinalação de gases e a segunda membrana na máscara permite a eliminação do gás exalado. Abertura de segurança permite a entrada de ar ambiente. Sistema completo, com bolsa reservatória de capacidade aproximada de 750ml e tubo de suprimento de oxigênio com no mínimo 2,10m de comprimento. Permite terapia com até 100% de O2. Faixa elástica ajustável à face do paciente. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>A máscara de não-reinalação possui válvulas que impedem a reinalação do gás expirado. Durante a inspiração uma leve pressão negativa fecha as válvulas exalatórias impedindo a mistura e/ou diluição aérea e ao mesmo tempo, a válvula inspiratória se abre por fluxo positivo de $O_2$. Isso permite que o dispositivo ofereça altas concentrações de $O_2$ ao paciente. São utilizadas em todos os níveis de atenção, mas principalmente em unidades hospitalares, pré-hospitalares e nos serviços de atenção domiciliar da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA PARA OXIGENOTERAPIA NÃO REINALANTE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ adulto □ pediátrico Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara em vinil macio e transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de suprimento de O2 transparente com conexão adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de suprimento de O2 com tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presilha nasal para ajuste | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste à face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite desinfecção e/ou esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui válvulas que previne a reinalação de gases | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara com 2 membranas que permitem a eliminação do gás exalado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bolsa reservatório de material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bolsa reservatória com capacidade compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite aplicação da terapia de forma adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara maleável, anatômica, confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR/PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | MÁSCARA DE VENTURI ADULTO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25056 | 454554 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | MÁSCARA DE VENTURI ADULTO. Aplicação: Oxigenoterapia. Material: Másacara: Vinil transparente. Tubo: PVC flexível. Conectores: Misturados. Características Adicionais: A máscara confeccionada em material macio e flexível, com rigidez adequada, resistente, transparente, que permita limpeza por métodos usuais de desifecção e esterilização, com elástico resistente para adequar ao diâmetro da cabeça. Com conexões adequadas que se adaptam à máscara e ao sistema de nebulização, anatômica, e com acabamento perfeito para evitar lesões, sem rebarbas com extensão transparente para 1umidificador de oxigênio, com conexão padrão universal. Acompanhada de seis diluidores codificados em seis cores diferentes concentração de oxigênio 24%, 28%,31%,35%, 40%, e 50%. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>A máscara de Venturi consiste na administração de oxigênio por meio de um sistema que fornece um alto fluxo de gás (6 a 12l/min) com uma concentração inspirada de oxigênio conhecida e constante, que varia de 24 a 50%. Entre a máscara e a fonte de oxigênio são ajustados adaptadores coloridos que permitem a passagem constante de oxigênio estabelecida pelo fabricante. A máscara de Venturi é o método mais confiável e exato para administrar concentrações exatas de oxigênio através de meios não invasivos. São utilizadas em todos os níveis de atenção, mas principalmente em unidades hospitalares, pré-hospitalares e nos serviços de atenção domiciliar da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA DE VENTURI<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ adulto Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara em vinil macio e transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de extensão flexível para o umidificador com conexão universal | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conexões que se encaixam à mascara e ao sistema de nebulização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presilha nasal para ajuste | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste à face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite desinfecção e/ou esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha 6 difusores (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, livre de rebarbas e confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12323 | 454548 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA. Aplicação: máscara para oxigenoterapia adaptável à cânula de traqueostomia. Material: confeccionada em vinil macio e transparente, acoplada a uma cúpula em acrílico. Características Adicionais: elástico para ajuste e fixação de aproximadamente 20cm, cúpula em acrílico transparente com orifício circular de 1cm e conector na via de entrada do ar em plástico atóxico que permite ângulo giratório de até 360º, permite a adaptação de circuito de médio padrão. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: Unidade (UN). |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA – É um dispositivo colocado sobre a traqueostomia do paciente para administrar oxigênio ou aerossóis (medicamentos) em pacientes traqueostomizados. São utilizadas em unidades hospitalares e pré-hospitalares da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: □ adulto □ pediátrico Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara em vinil macio e transparente acoplada a cúpula de acrílico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cúpula com orifício circular de 1 cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector da via de entrada de ar permite giro de 360º | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite encaixe em circuito de médio padrão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico ou tira para fixação de tamanho adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite reprocessamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material atóxico e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12324 | 454547 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO. Aplicação: máscara para oxigenoterapia adaptável à cânula de traqueostomia. Material: confeccionada em vinil macio e transparente, acoplada a uma cúpula em acrílico. Características Adicionais: elástico para ajuste e fixação de aproximadamente 30cm, cúpula em acrílico transparente com orifício circular de 1cm e conector na via de entrada do ar em plástico atóxico que permite ângulo giratório de até 360º, permite a adaptação de circuito de médio padrão. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: unidade (UN). |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA – É um dispositivo colocado sobre a traqueostomia do paciente para administrar oxigênio ou aerossóis (medicamentos) em pacientes traqueostomizados. São utilizadas em unidades hospitalares e pré-hospitalares da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: ☐ adulto ☐ pediátrico Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Máscara em vinil macio e transparente acoplada a cúpula de acrílico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cúpula com orifício circular de 1 cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector da via de entrada de ar permite giro de 360º | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite encaixe em circuito de médio padrão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico ou tira para fixação de tamanho adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite reprocessamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material atóxico e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA ADULTO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 22011 | 454602 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA ADULTO. Aplicacao: Oxigenoterapia. Material: Máscara: vinil trasparente. Tubo: em PVC flexível. Características adicional: máscara confeccionada em material macio e flexível, com rigidez adequada, resistente, transparente, com persilha nasal, com elástico resistente para adequar ao diâmetro da cabeça do adulto. Processo de esterilização: que permita reprocessamento. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>MÁSCARAS FACIAIS – As máscaras faciais são os sistemas mais comumente utilizados. A magnitude da variação da FiO2 (fração inspirada de oxigênio) depende do fluxo de entrada de oxigênio, do volume da máscara, da extensão do escape de ar (saída) e da frequência e volume respiratório do paciente.<br>A máscara facial simples é empregada quando o paciente requer uma concentração moderada de oxigênio. Deve cobrir a boca e o nariz. O corpo da máscara em si coleta e armazena oxigênio entre as inspirações do paciente e a expiração se faz através de orifícios laterais ou pela própria borda da máscara. A variação de entrada de ar de uma máscara simples é de 5 a 12 l/min para obter uma oxigenação satisfatória. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: ☐ adulto ☐ infantil Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo PVC transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de extensão flexível para o umidificador com conexão universal | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material atóxico e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presilha nasal para ajuste | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste à face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite reprocessamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, livre de rebarbas e confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA INFANTIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 28487 | 454603 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA INFANTIL. Aplicacao: Oxigenoterapia. Material: Máscara: vinil trasparente. Tubo: em PVC flexível. Características adicional: máscara confeccionada em material macio e flexível, com rigidez adequada, resistente, transparente, com persilha nasal, com elástico resistente para adequar ao diâmetro da cabeça da criança. Processo de esterilização: que permita a reprocessamento. Unidade de Estoque: unidade (UN). Não estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente. Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>MÁSCARAS FACIAIS – As máscaras faciais são os sistemas mais comumente utilizados. A magnitude da variação da FiO2 (fração inspirada de oxigênio) depende do fluxo de entrada de oxigênio, do volume da máscara, da extensão do escape de ar (saída) e da frequência e volume respiratório do paciente.<br>A máscara facial simples é empregada quando o paciente requer uma concentração moderada de oxigênio. Deve cobrir a boca e o nariz. O corpo da máscara em si coleta e armazena oxigênio entre as inspirações do paciente e a expiração se faz através de orifícios laterais ou pela própria borda da máscara. A variação de entrada de ar de uma máscara simples é de 5 a 12 l/min para obter uma oxigenação satisfatória. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENOTERAPIA** | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ adulto □ infantil Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo PVC transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo de extensão flexível para o umidificador com conexão universal | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material atóxico e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presilha nasal para ajuste | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elástico para ajuste à face | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite reprocessamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, livre de rebarbas e confortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 1ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25258 | 443469 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 1ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de medicamentos. Características Adicionais: no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalada individualmente, acondicionadas em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Embalagem:** | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODERMICA 1ML, COM AGULHA 13X4,5, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTAVEL, ESTERIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25283 | 439660 | | X | X | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 1ML, AGULHADA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de vacinas e gasometria em neonatos. Material: seringa em plástico transparente e agulha em aço. Características Adicionais: com agulha de 13x4,5, no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalada individualmente, acondicionadas em caixas. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 1 ML COM AGULHA 13 X 3,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35681 | 439662 | | X (VACINA) | | | | |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 1 ML COM AGULHA 13 X 3,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA. Aplicação: administração de vacinas. Material: seringa de plástico (polipropileno) transparente, descartável, esterilizada, de 1 ml, graduação máxima de 0,01 em 0,01 ml e numeradas de 0,1 em 0,1 ml, cilindro com bico reto central simples ou luer lock, êmbolo com rolha de borracha firmemente fixada ao corpo, evitando deslocamento e vazamento durante a aspiração, escala de graduação em alto grau de precisão, traços de números e inscrição legível e inalterado até o momento da utilização, com dispositivo de segurança. As seringas deverão ser providas de agulha acoplada ou não, descartável, esterilizadas, de comprimento e calibre de 13 x 0,38 dec/mm respectivamente, com canhão constituído de plástico atóxico apropriado, proporcionando encaixe perfeito às seringas de formato universal aceito (simples ou luer lock), protetor plástico rígido com perfeita adaptação ao canhão e total proteção à agulha. Apresentação: O conjunto seringa-agulha deverá ser hermética e individualmente embalado, permitindo a abertura em técnica asséptica, de acordo com as normas da ABNT. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 20 X 0,55, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25255 | 439684 | | X (VACINA) | | | | |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 20 X 0,55 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de vacinas. Material: seringa: confeccionada em plástico transparente; Agulha: confeccionada em aço inoxidável. Características Adicionais: no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalada individualmente, acondicionadas em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA DE 3 ML COM AGULHA 25 X 0,6 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 33490 | 439668 | | X (VACINA) | | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA DE 3 ML COM AGULHA 25 X 0,6 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA. Aplicação: administração de vacinas. Seringa de plástico, descartável, esterilizada, de 3 ml, graduação máxima de 0,2 em 0,2 ml e numeradas de 1 em 1 ml, cilindro com bico reto central simples ou luer lok, êmbolo com rolha de borracha firmemente fixada ao corpo, evitando deslocamento e vazamento durante aspiração, escala de graduação com alto grau de precisão, traços de números e inscrição legíveis e inalterados até o momento da utilização. A seringa deverá ser provida de agulha acoplada ou não, descartável, esterelizada, de comprimento e calibre de 25x0,6 dec/mm respectivamente, com dispositivo de segurança, com canhão constituído em plástico atóxico apropriado, proporcionando encaixe perfeito às seringas de formato universalmente aceito (simples ou luer lok), protetor plástico rígido com perfeita adaptação ao canhão e total projeção à agulha. O conjunto seringa-agulha deverá ser hermética e individualmente embalado, permitindo a abertura com técnicas assépticas, de acordo com as normas técnicas da ABNT. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: □ Não agulhada □ Agulhada □ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Embalagem:** |

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25254 | 439681 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: seringa: confeccionada em plástico transparente; Agulha: confeccionada em aço inoxidável. Características Adicionais: estéril, no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens;Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25256 | 439688 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: seringa: confeccionada em plástico transparente; Agulha: confeccionada em aço inoxidável. Características Adicionais: no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalada individualmente, acondicionadas em caixas. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35682 | 439699 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA. Aplicação: administração de vacinas. Material: seringa de plástico (polipropileno) transparente, descartável, de 5 ml, graduação máxima de 0,2 em 0,2 ml e numeradas de 1 em 1 ml, cilindro com bico reto central simples ou luer lock, êmbolo com rolha de borracha firmemente fixada ao corpo, evitando deslocamento e vazamento durante a aspiração, escala de graduação com alto grau de precisão, traços de números e inscrição legível e inalterado até o momento da utilização, com dispositivo de segurança. As seringas deverão ser providas de agulha acoplada ou não, descartável, esterilizadas, de comprimento e calibre de 25 x 0,8 dec/mm, respectivamente, com canhão constituído de plástico atóxico apropriado, proporcionando encaixe perfeito às seringas de formato universal aceito (simples ou luer lock), protetor plástico rígido com perfeita adaptação ao canhão e total proteção à agulha. Apresentação: O conjunto seringa-agulha deverá ser hermética e individualmente embalado, permitindo abertura em técnica asséptica, de acordo com as normas da ABNT. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| |
|---|
| <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL</u> |
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ◻ Não agulhada ◻ Agulhada ◻ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: |
| 2.1- Embalagem: |

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 10 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 31043 | 439626 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 10 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: Polipropileno. Características adicionais: isento de PVC, no espaço destinado ao fluido não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro transparente com acabamento perfeito e que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ser isento de látex e ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo o percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico luer-lock que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Embalagem:** | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| | Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SERINGA HIPODERMICA 10ML SEM AGULHA, DESCARTAVEL, ESTERIL, BICO LUER SLIP | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25238 | 439626 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODERMICA 10ML SEM AGULHA, DESCARTAVEL, ESTERIL, BICO LUER SLIP. Aplicação: administração de medicamentos. Material: plástico transparente. Características Adicionais: no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico luer slip que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível cuja impressão não saia facilmente e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA 20ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25239 | 439627 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA 20ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: Polipropileno. Características Adicionais: no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ser isento de látex e ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico luer lock que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Embalagem:** | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SERINGA 60 ML SEM AGULHA, DESCARTAVEL, ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 6543 | 439629 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SERINGA 60 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. Aplicação: diluição e administração de medicamentos, compatível com drogas quimioterápicas. Material: Polipropileno. Características Adicionais: no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; cilindro transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal que impeça a saída livre do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio - aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ser isento de látex e ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, deve ter bico luer lock que favoreça boa fixação em agulha, com escala de mililitro (a cada 1ml) visível e que garanta precisão de dosagens. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1-Seringa agulha*** | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SERINGA DESCARTAVEL DE 50 A 60ML COM BICO CATETER, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 19482 | 439636 | | | X (CPN) | X | | |
| Descrição Completa | SERINGA DESCARTAVEL DE 50 A 60ML COM BICO CATETER, ESTÉRIL. Aplicação: irrigação de sonda vesical de demora. Material: confeccionada em polipropileno. Características Adicionais: com perfeita adaptação/ajuste às sondas vesicais, atóxico, apirogênico, no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; o cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito e que permita o movimento livre e suave do êmbolo, deve apresentar anel de retenção na extremidade distal, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o pistão deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso e não deve separar-se da haste, com escala de mililitro visível e que garanta precisão de dosagens. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Não agulhada ☐ Agulhada ☐ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:<br>**2.1- Embalagem:** | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |
| Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50UI, AGULHADA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25280 | 442278 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50U, AGULHADA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação (finalidade): administração de insulina por profissionais de saúde em unidades de saúde de ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA. Material: seringa em plástico transparente e agulha em aço. Tamanho/Capacidade: Cilindro com capacidade de 50 UI e agulha fixa de 8mm X 0,33mm, com dispositivo de segurança. Características Adicionais: com escala de graduação de 1 em 1 unidade visível e que garanta precisão nas doses pares e ímpares de insulina; com agulha fixa de 8mm X 0,33mm de forma a evitar o desperdício de insulina, não apresentando espaço morto, com perfeita adaptação ao bico do cilindro; no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; o cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o êmbolo deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração.<br>Seringas descartáveis de 50UI são necessárias para administração de medicamentos quantificados em unidades internacionais como, por exemplo, insulina. Garante a aspiração do número correto de unidades da medicação. Além de serem utilizadas para administração de vacinas e coleta de gasometria em neonatos. Aquelas que não possuem o dispositivo de segurança são necessárias para administração de medicamentos em ambiente domiciliar em pacientes atendidos pelo programa de atenção ao diabético da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: □ Não agulhada □ Agulhada □ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Anel de retenção que impede a saída livre do embolo ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| | Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.2- Dispositivo de Segurança*** | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50U, AGULHADA, ESTÉRIL, DE USO DOMICILIAR COM DISPENSAÇÃO PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35740 | 442278 | | X | | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50U, AGULHADA, ESTÉRIL, DE USO DOMICILIAR COM DISPENSAÇÃO PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Aplicação (finalidade): administração de insulina no ambiente domiciliar. Composição: seringa em plástico transparente e agulha em aço. Tamanho/Capacidade: Cilindro com capacidade de 50UI e agulha fixa de 6mm x 0,25 a 0,30mm. Características Adicionais: com escala de graduação de 1 em 1 unidade visível e que garanta precisão nas doses pares e ímpares de insulina; com agulha fixa de forma a evitar o desperdício de insulina, o espaço morto deve atender aos limites máximos, no espaço destinado ao fluído não pode haver sujidade, manchas ou matérias orgânicas; o cilindro deve ser de plástico transparente com acabamento perfeito que permita o movimento livre e suave do êmbolo, a flange deve ter formato adequado para servir de apoio aos dedos e deve impedir que a seringa role quando colocada em superfície inclinada; o êmbolo deve ajustar-se com precisão no interior do cilindro de modo a permitir aspiração e/ou injeção com movimento suave em todo percurso. Com protetor de agulha. Apresentação: embalagem plástica com 10 seringas acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>SERINGAS – São produtos feitos de plástico, podendo ser ou não, agulhada ou estéril. São utilizadas em diversos procedimentos como: diluição e preparo de medicamentos, administração de medicamentos por diversas vias de acesso (intravenosa, intramuscular, intracardíaca, subcutânea, intradérmica, intra-articular), coleta de material para exames, administração de dieta, desobstrução de sondas e cateteres. Seu volume é graduado para atender as diversas indicações de uso, principalmente quanto à medicação, volume e via de administração.<br>Seringas descartáveis de 50UI são necessárias para administração de medicamentos quantificados em unidades internacionais como, por exemplo, insulina. Garante a aspiração do número correto de unidades da medicação. Além de serem utilizadas para administração de vacinas e coleta de gasometria em neonatos. Aquelas que não possuem o dispositivo de segurança são necessárias para administração de medicamentos em ambiente domiciliar em pacientes atendidos pelo programa de atenção ao diabético da rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERINGA DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: |

| | | |
|---|---|---|
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: □ Não agulhada □ Agulhada □ Dispositivo de segurança<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cilindro de material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduada conforme solicitado no descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Escala favorece a leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Acabamento perfeito e livre de sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite movimento livre e suave do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anel de retenção que impede a saída livre do embolo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange em formato adequado para apoio dos dedos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flange impede o rolamento da seringa em superfície inclinada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ajuste preciso do pistão com a seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a aspiração e/ou injeção com movimento suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bico favorece boa fixação em agulha | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.1-Seringa agulha* | | |
| Dimensões compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Confeccionada em aço inoxidável, polido, isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Canhão de encaixe perfeito | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| *2.2.2- Dispositivo de Segurança* | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA HIPODÉRMICA 13 X 0,45 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25262 | 397513 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | AGULHA HIPODÉRMICA 13 X 0,45 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: cânula em aço polido, canhão em polipropileno cor padrão (castanho). Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, bisel trifacetado, afiado, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas, cateteres, escalpes, etc. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Com dispositivo de segurança de fácil ativação, que não interfira no desenvolvimento da técnica e que ofereça segurança ao profisisonal de saúde. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.1- Dispositivo de Segurança*** | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |

| | |
|---|---|
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA HIPODÉRMICA 20 X 0,55 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25260 | 397510 | | | | X | | X |
| Descrição Completa | AGULHA HIPODÉRMICA 20 X 0,55 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: cânula em aço polido, canhão em polipropileno cor padrão (lilás). Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, bisel trifacetado, afiado, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas, cateteres, escalpes, etc. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Com dispositivo de segurança de fácil ativação, que não interfira no desenvolvimento da técnica e que ofereça segurança ao profisisonal de saúde. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Dispositivo de Segurança* | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto | Z | | |

| | |
|---|---|
| (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,7MM COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35559 | 397505 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | AGULHA HIPODÉRMICA 25 x 0,7mm COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. Aplicação: administração de medicamentos em crianças e recém-nascidos. Material: cânula em aço inoxidável polido, canhão em polipropileno cor padrão (preta). Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, bisel trifacetado, afiado, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas, cateteres, escalpes, etc. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Com dispositivo de segurança de fácil ativação, que não interfira no desenvolvimento da técnica e que ofereça segurança ao profissional de saúde. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. EXCLUSIVO PARA PEDIATRIA E NEONATOLOGIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Dispositivo de Segurança* | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25252 | 397502 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: cânula em aço polido, canhão em polipropileno cor padrão. Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, bisel trifacetado, afiado, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas, cateteres, escalpes, etc. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Com dispositivo de segurança de fácil ativação, que não interfira no desenvolvimento da técnica e que ofereça segurança ao profisisonal de saúde. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.1- Dispositivo de Segurança*** | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |

| | |
|---|---|
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA ASPIRAÇAO DE MEDICAMENTO 1,2 X 25 MM PONTA ROMBA, DESCARTAVEL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25259 | 439821 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | AGULHA PARA ASPIRAÇÃO DE MEDICAMENTO1,2 x 25 mm PONTA ROMBA, DESCARTÁVEL. Aplicação: aspiração de medicamentos e limpeza de ferimentos. Material: cânula em aço polido, canhão em polipropileno cor padrão (vermelho). Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, com bisel simples de afiação adequada para a perfuração de frascos-ampola e que permita maior segurança na limpeza de ferimentos, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.1- Dispositivo de Segurança*** | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |

| | |
|---|---|
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA HIPODÉRMICA 30 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25261 | 397503 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | AGULHA HIPODÉRMICA 30 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: cânula em aço polido, canhão em polipropileno cor padrão. Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, bisel trifacetado, afiado, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas, cateteres, escalpes, etc. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Com dispositivo de segurança de fácil ativação, que não interfira no desenvolvimento da técnica e que ofereça segurança ao profisisonal de saúde. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.1- Dispositivo de Segurança*** | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |

| | |
|---|---|
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA HIPODÉRMICA 40 X 1,2 C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25289 | 397494 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | AGULHA HIPODÉRMICA 40 X 1,2 C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA DESCARTÁVEL. Aplicação: administração de medicamentos. Material: cânula em aço polido, canhão em polipropileno cor padrão (rosa). Características adicionais: estéril, cânula siliconizada, polida, isenta de aspereza, com lúmen limpo, bisel trifacetado, afiado, livre de rebarbas. Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas, cateteres, escalpes, etc. Que a junção canhão cânula não se desprenda com o uso e o manuseio. Com dispositivo de segurança de fácil ativação, que não interfira no desenvolvimento da técnica e que ofereça segurança ao profisisonal de saúde. Embalada individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHAS – Consiste em uma haste metálica com um orifício que vai de uma extremidade a outra, para passagem de fluido. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido e a via de administração, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Portanto, a escolha do tipo de agulha hipodérmica deve respeitar a estrutura corporal do paciente e a finalidade que se pretende alcançar.<br>O dispositivo de segurança visa atender a NR32 e proteger os profissionais da saúde que têm contato direto com esse tipo de material, como também os profissionais da limpeza e manutenção que atuam dentro e nos arredores das unidades de saúde e que também podem sofrer acidentes biológicos ocupacionais quando os perfuro-cortantes são descartados de maneira inadequada ou não possuem proteção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Haste em aço inoxidável polido e isento de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão em polipropileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cor do canhão compatível com o tamanho solicitado (padrão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lúmen livre | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão que proporcione encaixe perfeito às seringas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Junção da haste e canhão que não se desprende com o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não se desprende da seringa durante a execução da técnica e/ou ativação do dispositivo de segurança | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para o paciente e profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.1- Dispositivo de Segurança*** | | |
| | Fácil ativação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Interfere no desenvolvimento da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |

| | |
|---|---|
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA CANETA DE INSULINA 5 x 0,25MM, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 192583 | 439906 | | X | X | | | X |
| Descrição Completa | AGULHA PARA CANETA DE INSULINA 5mm x 0,25mm, ESTÉRIL. Aplicação: administração de análogos de insulina através de caneta, para todos os biotipos de usuários, em ambiente domiciliar. Material: agulha em aço polido, siliconizada. Características adicionais: com protetor interno e externo e lacre que assegure a esterilidade do produto; ajustável aos aplicadores de insulina tipo caneta disponíveis no mercado. Deve permitir punção de forma suave, em ângulo de 90°, dispensando a prega cutânea. Forma De Apresentação: acondicionada em caixa com 50 ou 100 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As seringas e agulhas são materiais indispensáveis para a assistência à saúde, pois são amplamente utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. A ausência destes produtos acarretará prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, impossibilitando, por exemplo, coleta de amostra para exames, administração de medicamentos, preparação de soluções, sondagens, procedimentos cirúrgicos e muitos outros, comprometendo procedimentos realizados pela equipe de saúde e contribuindo para risco à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento de saúde nas unidades da rede SES/DF.<br>AGULHA PARA CANETA DE INSULINA - insumo que proporciona a aplicação de insulina no tecido subcutâneo após ser acoplada na caneta. O uso da caneta promove uma segurança maior para aplicação de dosagens pequenas. O uso de agulhas descartáveis reduz o risco de lipodistrofias (que provocam absorção irregular de insulina), além de ser uma terapêutica mais segura e indolor ao paciente. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | CANETA DE INSULINA | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA PARA CANETA DE INSULINA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: 5mm X 0,25mm Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor externo e interno que assegure a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Agulha em aço polido, siliconizada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lacre que assegure a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ajustável aos aplicadores de insulina tipo caneta | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a punção de forma suave, em ângulo de 90 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispensa a necessidade de prega cutânea | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( )SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 10 FR INFANTIL, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12283 | 454404 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 10 FR INFANTIL, ESTÉRIL. Tamanho/Capacidade: infantil-10 FR,adaptável a cânulas de traqueostomia de tamanhos 5.0 e 5.5, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via cânula de traqueostomia, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não envolvendo a sonda,conexão em Y ou em T para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula de traqueostomia de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro;via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012283. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL 12FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12285 | 454405 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL 12FR, ESTÉRIL. Tamanho/Capacidade: infantil-12 FR,adaptável a cânulas de traqueostomia de tamanhos 6.0 e 6.5, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via cânula de traqueostomia, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não envolvendo a sonda,conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula de traqueostomia de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012285. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO 14FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12287 | 454402 | | | | X | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO 14FR, ESTÉRIL. Tamanho/Capacidade: adulto-14 FR,adaptável a cânulas de traqueostomia de tamanhos 7.0 e 7.5, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via cânula de traqueostomia, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não envolvendo a sonda,conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula de traqueostomia de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012287. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO 16 FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12289 | 454403 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO 16 FR, ESTÉRIL. Aplicação: aspiração de secreção traqueal via cânula de traqueostomia, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: adaptável a cânulas de traqueostomia de tamanhos 8.0, 8.5 e 9.0, flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não, envolvendo a sonda,conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula de traqueostomia de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012289. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| | Impressão Gráfica Legível | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| | Informação para manuseio/uso | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| | Permite abertura em técnica asséptica | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| | Data de fabricação e esterilização | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| | Data de validade | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 5 FR NEONATAL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12241 | 454407 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 5 FR NEONATAL, Tamanho/Capacidade: neonatal - 5 FR, adaptável a tubos de tamanho inferior a 3.0, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não, envolvendo a sonda.Conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012241. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 6 FR NEONATAL/ INFANTIL, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12245 | 454396 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 6 FR NEONATAL/ INFANTIL, ESTÉRIL. Tamanho/Capacidade: neonatal/infantil - 6 FR,adaptável a tubos de tamanho 3.0 - 3.5, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não,envolvendo a sonda,conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012245. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL 8 FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12252 | 454406 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL 8 FR, ESTÉRIL. Tamanho/Capacidade: infantil-8 FR,adaptável a tubos de tamanho 4.0 - 4.5, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não, envolvendo a sonda.Conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012252. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL 10 FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12254 | 454399 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL 10 FR, ESTÉRIL. Tamanho/Capacidade: infantil-10 FR,adaptável a tubos de tamanho 5.0 - 5.5, Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal, Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: estéril,flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não, envolvendo a sonda,conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012254. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 12 FR INFANTIL, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12284 | 454400 | | | | X | | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 12 FR INFANTIL, ESTÉRIL. Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal. Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone, Características Adicionais: adaptável a tubos de tamanho 6.0 - 6.5, flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solte a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não,envolvendo a sonda, conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: unidade(UN). Código SES: 012284. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 14 FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12286 | 454397 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 14 FR, ESTÉRIL. Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal. Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone. Características Adicionais: adaptável a tubos de tamanho 7.0 - 7.5, flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta, maleável, com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada, com bainha plástica, transparente, siliconizada ou não, envolvendo a sonda, conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro. Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex. Apresentação: embalagem individual. Unidade De Estoque: unidade(UN). Código SES: 012286. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 16 FR, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12290 | 454398 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 16 FR, ESTÉRIL. Aplicação: aspiração de secreção traqueal via tubo orotraqueal. Material: sonda de silicone e bainha de plástico ou silicone. Características Adicionais: adaptável a tubos de tamanho 8.0, 8.5 e 9.0, flexível,com sonda graduada em centímetros, que não solta a tinta ,maleável,com orifícios na extremidade de aspiração e ponta arredondada,com bainha plástica,transparente,siliconizada ou não,envolvendo a sonda,conexão em ``Y`` ou em ``T`` para adaptação/encaixe ao tubo ou cânula orotraqueal de um lado e circuito de ventilador mecânico do outro.Via de irrigação com válvula anti-refluxo para fluidificar secreções e realizar limpeza interna da sonda e válvula para controle de vácuo ergonômica e com trava por pressão.Com conector para administração de aerossol.Livre de látex, Apresentação: embalagem individual, Unidade De Estoque: unidade(UN), Código SES: 012290. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO – É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para aspiração traqueal em pacientes em ventilação mecânica. O procedimento consiste na retirada de secreção traqueobrônquica por meio de uma sonda ligada a um aparelho de sucção (elétrico/portátil ou com auxílio de vácuo de parede). Sua utilização apresenta vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração por reduzir o risco de infecções nosocomiais e por não haver interrupção da ventilação durante o procedimento. Visa atender a demanda nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (sonda de silicone) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bainha íntegra e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatória conexão com tubo extensor de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Satisfatório deslizamento da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação da sonda legível e indelével (em cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de conector para administração de aerossol | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presença de via de irrigação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula de controle de vácuo ergonômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trava de válvula de pressão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA DE GUEDEL Nº0 (60 MM), NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92012 | 450962 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CÂNULA DE GUEDEL Nº0 (60 MM), NÃO ESTÉRIL. Aplicação: manutenção das vias aéreas, Material: em P.V.C, Características Adicionais: material plástico injetada em P.V.C, não estéril, Apresentação: individual em pacotes com 50 unidades, Unidade De Estoque: unidade (UM), | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CÂNULAS DE GUEDEL – Trata-se de material que visa reduzir eventos associados à hipoxemia, uma vez que é usado em pacientes com nível de consciência rebaixado para manter mecanicamente as vias aéreas abertas. Nesta situação, o reflexo de vômito encontra-se ausente e a queda de língua pode estar associada. Existem diversos tamanhos que se adequam ao paciente, variando em numeração e comprimento. A seleção da cânula se dá através da mensuração da distância entre a rima labial e o lobo da orelha.<br>Utilizada em todos os níveis de atenção, tendo maior aplicabilidade no atendimento pré-hospitalar, Unidades de Pronto Atendimento e nas UTI. Faz parte dos requisitos materiais mínimos exigidos pela ANVISA conforme RDC 36/2008 e RDC 07/2010.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com a numeração solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| tamanho impresso na cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício de calibre adequando para introdução de sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA DE GUEDEL Nº 1 (70 MM), NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92013 | 450963 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA DE GUEDEL Nº 1 (70 MM), NÃO ESTÉRIL. Aplicação: manutenção das vias aéreas, Material: em P.V.C, Características Adicionais: material plástico injetada em P.V.C, não estéril, Apresentação: individual em pacotes com 50 unidades, Unidade De Estoque: unidade (UM), Código SES: 092013. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CÂNULAS DE GUEDEL – Trata-se de material que visa reduzir eventos associados à hipoxemia, uma vez que é usado em pacientes com nível de consciência rebaixado para manter mecanicamente as vias aéreas abertas. Nesta situação, o reflexo de vômito encontra-se ausente e a queda de língua pode estar associada. Existem diversos tamanhos que se adequam ao paciente, variando em numeração e comprimento. A seleção da cânula se dá através da mensuração da distância entre a rima labial e o lobo da orelha.<br>Utilizada em todos os níveis de atenção, tendo maior aplicabilidade no atendimento pré-hospitalar, Unidades de Pronto Atendimento e nas UTI. Faz parte dos requisitos materiais mínimos exigidos pela ANVISA conforme RDC 36/2008 e RDC 07/2010.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com a numeração solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| tamanho impresso na cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício de calibre adequando para introdução de sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA DE GUEDEL Nº 2 (80 MM), NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92014 | 450964 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA DE GUEDEL Nº 2 (80 MM), NÃO ESTÉRIL. Aplicação: manutenção das vias aéreas, Material: em P.V.C, Características Adicionais: material plástico injetada em P.V.C, não estéril, Apresentação: individual em pacotes com 50 unidades, Unidade De Estoque: unidade (UM), Código SES: 092014. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CÂNULAS DE GUEDEL – Trata-se de material que visa reduzir eventos associados à hipoxemia, uma vez que é usado em pacientes com nível de consciência rebaixado para manter mecanicamente as vias aéreas abertas. Nesta situação, o reflexo de vômito encontra-se ausente e a queda de língua pode estar associada. Existem diversos tamanhos que se adequam ao paciente, variando em numeração e comprimento. A seleção da cânula se dá através da mensuração da distância entre a rima labial e o lobo da orelha.<br>Utilizada em todos os níveis de atenção, tendo maior aplicabilidade no atendimento pré-hospitalar, Unidades de Pronto Atendimento e nas UTI. Faz parte dos requisitos materiais mínimos exigidos pela ANVISA conforme RDC 36/2008 e RDC 07/2010.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com a numeração solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| tamanho impresso na cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício de calibre adequando para introdução de sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA DE GUEDEL Nº 3 (90 MM), NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92015 | 450965 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA DE GUEDEL Nº 3 (90 MM), NÃO ESTÉRIL. Aplicação: manutenção das vias aéreas, Material: em P.V.C, Características Adicionais: material plástico injetada em P.V.C, não estéril, Apresentação: individual em pacotes com 50 unidades, Unidade De Estoque: unidade (UM), Código SES: 092015. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CÂNULAS DE GUEDEL – Trata-se de material que visa reduzir eventos associados à hipoxemia, uma vez que é usado em pacientes com nível de consciência rebaixado para manter mecanicamente as vias aéreas abertas. Nesta situação, o reflexo de vômito encontra-se ausente e a queda de língua pode estar associada. Existem diversos tamanhos que se adequam ao paciente, variando em numeração e comprimento. A seleção da cânula se dá através da mensuração da distância entre a rima labial e o lobo da orelha.<br>Utilizada em todos os níveis de atenção, tendo maior aplicabilidade no atendimento pré-hospitalar, Unidades de Pronto Atendimento e nas UTI. Faz parte dos requisitos materiais mínimos exigidos pela ANVISA conforme RDC 36/2008 e RDC 07/2010.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com a numeração solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| tamanho impresso na cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício de calibre adequando para introdução de sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA DE GUEDEL Nº 4 (100 MM), NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92016 | 450966 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CÂNULA DE GUEDEL Nº 4 (100 MM), NÃO ESTÉRIL. Aplicação: manutenção das vias aéreas, Material: em P.V.C, Características Adicionais: material plástico injetada em P.V.C, não estéril, Apresentação: individual em pacotes com 50 unidades, Unidade De Estoque: unidade (UM), Código SES: 092016. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CÂNULAS DE GUEDEL – Trata-se de material que visa reduzir eventos associados à hipoxemia, uma vez que é usado em pacientes com nível de consciência rebaixado para manter mecanicamente as vias aéreas abertas. Nesta situação, o reflexo de vômito encontra-se ausente e a queda de língua pode estar associada. Existem diversos tamanhos que se adequam ao paciente, variando em numeração e comprimento. A seleção da cânula se dá através da mensuração da distância entre a rima labial e o lobo da orelha.<br>Utilizada em todos os níveis de atenção, tendo maior aplicabilidade no atendimento pré-hospitalar, Unidades de Pronto Atendimento e nas UTI. Faz parte dos requisitos materiais mínimos exigidos pela ANVISA conforme RDC 36/2008 e RDC 07/2010.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com a numeração solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| tamanho impresso na cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício de calibre adequando para introdução de sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CANULA DE GUEDEL Nº 5 (110 MM) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24816 | 450967 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CANULA DE GUEDEL Nº 5 (110 MM), Aplicação: manutenção das vias aéreas; Material: em P.V.C; Características Adicionais: material plástico injetada em P.V.C; Processo De Esterilização: material não estéril; Forma De Apresentação: individualizada, acondicionada em pacotes com 50 unidades | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CÂNULAS DE GUEDEL – Trata-se de material que visa reduzir eventos associados à hipoxemia, uma vez que é usado em pacientes com nível de consciência rebaixado para manter mecanicamente as vias aéreas abertas. Nesta situação, o reflexo de vômito encontra-se ausente e a queda de língua pode estar associada. Existem diversos tamanhos que se adequam ao paciente, variando em numeração e comprimento. A seleção da cânula se dá através da mensuração da distância entre a rima labial e o lobo da orelha.<br>Utilizada em todos os níveis de atenção, tendo maior aplicabilidade no atendimento pré-hospitalar, Unidades de Pronto Atendimento e nas UTI. Faz parte dos requisitos materiais mínimos exigidos pela ANVISA conforme RDC 36/2008 e RDC 07/2010.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com a numeração solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| tamanho impresso na cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifício de calibre adequando para introdução de sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa, sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TUBO DE SILICONE Nº 204 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 34859 | 459110 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | TUBO DE SILICONE Nº 204, Tamanho/Capacidade: diâmetro interno: 6 mm, diâmetro externo: 12 mm, comprimento em unidade metros. Aplicação: tubo extensor para oxigenoterapia, Material: 100% silicone, Características Adicionais: tubo 100% silicone, liso,macio,flexível, dureza do silicone de 40 SHORE A, com espessura regular na parede interna e externa, textura homogênea, ausência de resíduo interno, resistente a autoclavação (temperatura 134ºC) sem colabar em suas paredes, com registro no Ministério da Saúde, Apresentação: Rolo de 15 metros embalado individualmente em saco plástico resistente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | TUBO EXTENSOR DE SILICONE – É um insumo indispensável para o procedimento de aspiração de vias aéreas, oxigenoterapia e drenagem de secreções. Tem a finalidade de conectar o ponto de oxigênio e/ou vácuo à sonda de aspiração e/ou dispositivo de oxigenoterapia, proporcionando tamanho adequado do circuito para realização do procedimento ou aplicação da terapia. Utilizado em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TUBO DE SILICONE nº 204 | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com solicitado (15 metros) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Diâmetro externo e interno compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Parede de espessura regular (interna e externa) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ausência de resíduos internos | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Boa flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa resistência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa conexão aos dispositivos (sondas, umidificadores, vacuômetros) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Autoclavável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 ROLO | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TUBO EXTENSOR DE PVC PARA OXIGENOTERAPIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37739 | 459110 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | TUBO EXTENSOR PARA OXIGENOTERAPIA – Aplicação: Tubo extensor para oxigenoterapia de 4 metros, podendo ter variação de + 1 ou - 1 metro, confeccionado em PVC ou PVC siliconado, resistente a água, flexível, sem emendas, com duas conexões, uma que permita conexão com cilindros e umidificadores, e a outra conecte-se com cateter nasal e máscaras para oxigenoterapia. Deve permitir a passagem do oxigênio, mesmo que tenha algum tipo de dobra no tubo. Embalagem: individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | TUBO EXTENSOR PARA OXIGENOTERAPIA –Tem a finalidade de conectar o ponto de oxigênio ao dispositivo de oxigenoterapia, proporcionando tamanho adequado do circuito para realização do procedimento. Utilizado em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A aquisição visa abastecer as Farmácias das Unidades de Saúde da Rede SES/DF e a Farmácia Central a fim de não comprometer ou ocasionar prejuízo à assistência prestada aos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE ENPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TUBO EXTENSOR DE PVC PARA OXIGENOTERAPIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com solicitado (4 metros (+/ - 1 metro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Mantem fluxo de O2 em caso de possíveis dobras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Parede de espessura regular (interna e externa) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ausência de resíduos internos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Boa resistência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa conexão aos dispositivos (umidificadores, cateter nasal, máscaras de oxigênio) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 08 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92442 | 0435998 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 08. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada; medindo aproximadamente 28 cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequadas ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 1,5 a 5 ml e válvula fixa que permita perfeita adaptação a seringas, com boa distensibilidade. Ponta distal arredondada e fechada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. Código SES: 092442. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril.<br>Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 10 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92443 | 0436008 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 10. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada; medindo aproximadamente 28 cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequadas ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 1,5 a 5 ml e válvula fixa que permita perfeita adaptação a seringas, com boa distensibilidade. Ponta distal arredondada e fechada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. Código SES: 092443. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril.<br>Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 12 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92444 | 0436009 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 12. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada; medindo aproximadamente 28 cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequadas ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 1,5 a 5 ml e válvula fixa que permita perfeita adaptação a seringas, com boa distensibilidade. Ponta distal arredondada e fechada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril.<br>Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 14 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92445 | 0436002 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 14. Aplicação: para drenagem e controle da diurese e irrigação vesical. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, medindo no mínimo 40 cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequado ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos, balão com capacidade de 05 a 15 ml e boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotada nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril.<br>Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | fabricação até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 16 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92446 | 0436007 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 16. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: látex. Características Adicionais: 2 vias, estéril, uso único, descartável, siliconizado, atóxico medindo no mínimo 40cm, apresentando flexibilidade adequada e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos: com válvula do balão fixa que permita perfeita adaptação em seringas, com balão com capacidade de 05 a 15 ml e boa distensibilidade; com ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais próximos a ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro do calibre, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; com dupla embalagem, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extermidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 18 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92439 | 0436003 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 18. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, medindo no mínimo 40cm, com flexibilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 30 ml, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas, e boa distensibilidade. Ponta distal arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixas com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92448 | 0436010 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 20. Aplicação: para drenagem e controle da diurese e irrigação vesical. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, medindo no mínimo 40 cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequado ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos, balão com capacidade de 05 a 15 ml e boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotada nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: □ 2 vias □ 3 vias Composição: □ Látex □ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 22 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92440 | 0436004 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 22. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, medindo no mínimo 40cm, com flexibilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 30 ml, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas, e boa distensibilidade. Ponta distal arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixas com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. Código SES: 092440. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril.<br>Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 24 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92441 | 0436006 | | X | X | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LÁTEX Nº 24. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: Látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, medindo no mínimo 40cm, com flexibilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 30 ml, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas, e boa distensibilidade. Ponta distal arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixas com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril.<br>Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | fabricação até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 06 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92454 | 0435996 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 06. Aplicação: drenagem e controle da diurese, pediátrica. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, medindo aproximadamente 35cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 1,5 a 5 ml e boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extermidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: □ 2 vias □ 3 vias Composição: □ Látex □ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo integridade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 08 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92455 | 0435998 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 08. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone. Características Adicionais: 02 vias estéril, silicone atóxico e transparente, medindo aproximadamente 35cm, apresentando flexibilidade adequada e maleabilidade ao fim a que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos, com ponta arredondada e fechada, apresentado 02 orifícios ovais, próximos à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro do calibre, isento de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente, com balão com capacidade de 1,5 a 5,0ml e boa distensibilidade, com válvula do balão fixa em uma das vias e que permita perfeita adaptação em seringas, com dupla embalagem, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado de modo que favoreça a abertura em técnica asséptica. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 10 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92458 | 436000 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 10. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, medindo aproximadamente 35cm, apresentando flexibilidade adequada e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 1,5 a 5 ml e boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extermidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Impressão gráfica legível | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Identificação completa | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 12 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92459 | 436001 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 12. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, medindo aproximadamente 35cm, apresentando flexibilidade adequada e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 1,5 a 5 ml e boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extermidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 16 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35961 | 435999 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 16. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 5 a 30 ml, boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 18 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35962 | 435997 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 18. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 5 a 30 ml, boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35963 | 436078 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 20. Aplicação: drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 5 a 30 ml, boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92451 | 0436018 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 20. Aplicação: drenagem e controle da diurese e irrigação vesical. Material: látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, medindo no mínimo 40cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina; que não cause irritação ao paciente; com espessura uniforme e isento de manchas ou quaisquer defeitos, balão de no mínimo 30ml e boa distensibilidade. Válvula do balão fixa, que permita perfeita adaptação em seringas, com ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais próximos a ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extermidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridede e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A escolha do tamanho deve respeitar a anatomia do usuário e ser adequada para permitir o fluxo livre de urina, evitar vazamentos, reduzir lesões de uretra e colonização por bactérias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: □ 2 vias □ 3 vias Composição: □ Látex □ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 22 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92452 | 0436013 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 22. Aplicação: drenagem e controle da diurese e irrigação vesical. Material: látex atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, confeccionada em látex siliconizado, medindo no mínimo 40cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina; que não cause irritação ao paciente; com espessura uniforme e isento de manchas ou quaisquer defeitos, balão de no mínimo 30ml e boa distensibilidade. Válvula do balão fixa, que permita perfeita adaptação em seringas, com ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais próximos a ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extermidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A escolha do tamanho deve respeitar a anatomia do usuário e ser adequada para permitir o fluxo livre de urina, evitar vazamentos, reduzir lesões de uretra e colonização por bactérias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: □ 2 vias □ 3 vias Composição: □ Látex □ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 24 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92453 | 0436014 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 24. Aplicação: para drenagem e controle da diurese e irrigação vesical. Material: Látex. Características Adicionais: 3 vias,estéril, uso único, descartável, siliconizado, atóxico, medindo no mínimo 40 cm, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequado ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos, com válvula do balão fixa que permita perfeita adaptação em seringas, com balão com capacidade de 30 ml e boa distensibilidade, com ponta arredondada e fechada, apresentando 02 orifícios ovais próximos a ponta, situados em lados oposto, delimitados e proporcionais ao diâmetro do calibre, isentos de rebarbas e/ou saliências qeu possam traumatizar o paciente, com dupla embalagem, sendo a externa em papel cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de látex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Esses procedimentos são estéreis, onde a sonda é introduzida por via uretral ou suprapúbica, chegando à bexiga e permitindo a passagem da urina até um sistema coletor de urina fechado e estéril. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A escolha do tamanho deve respeitar a anatomia do usuário e ser adequada para permitir o fluxo livre de urina, evitar vazamentos, reduzir lesões de uretra e colonização por bactérias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ☐ 2 vias ☐ 3 vias Composição: ☐ Látex ☐ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA DE FOLEY 3 VIAS SILICONE Nº 22 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35964 | 438575 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA DE FOLEY 3 VIAS SILICONE Nº 22. Aplicação: irrigação vesical, drenagem e controle da diurese. Material: 100% silicone atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, transparente, apresentando flexibilidade e maleabilidade adequada ao fim a que se destina, que não cause irritação ao paciente, apresentando espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Balão com capacidade de 5 a 30 ml, boa distensibilidade, com válvula fixa que permita perfeita adaptação em seringas. Ponta arredondada e fechada, apresentando 2 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente. Embalagem dupla, sendo a externa em papel grau cirúrgico e a interna em polietileno picotado nas extremidades, favorecendo a abertura em técnica asséptica e garantindo a esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionado em caixa com 10 unidades. Unidade de estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA FOLEY – Trata-se de um produto estéril de uso único. Consiste num tubo flexível feito de latex ou silicone, podendo ser de 2 ou 3 vias. São utilizadas para realização de cateterismo vesical de demora e/ou cistostomia. Sua utilização está indicada para monitoramento do débito urinário, investigação urodinâmica ou diagnóstica, drenagem de urina pré, trans e pós-operatório, irrigação terapêutica da bexiga, administração de terapia citotóxica, pacientes com problemas neurológicos, lesões medulares ou bexiga neurogênica. A escolha do tamanho deve respeitar a anatomia do usuário e ser adequada para permitir o fluxo livre de urina, evitar vazamentos, reduzir lesões de uretra e colonização por bactérias. A sonda de silicone é indicada para pacientes alérgicos ao látex e/ou em uso de cateterismo prolongado, uma vez que, seu uso está associado à menor incidência de infecções em relação à sonda de látex, que apresentam alta propensão à formação de biofilmes devido à composição favorável de superfícies irregulares hidrofóbicas e hidrofílicas que permitem a fixação e colonização por vários microrganismos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA FOLEY | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>Especificação: ◻ 2 vias ◻ 3 vias Composição: ◻ Látex ◻ Silicone | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem dupla: Externa em grau cirúrgico e interna em polietileno | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem interna picotado nas extremidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado e boa distensibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2 orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor de urina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta válvula antirrefluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 04 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35725 | 435905 | | | | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 04. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 40 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período.<br>A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados.<br>Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Curta ☐ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 06 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35726 | 435903 | | | | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 06. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 40 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 08 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35727 | 435904 | | | | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 08. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 40 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92466 | 437216 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 08 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92467 | 438982 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 08. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 10 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92468 | 435906 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 10. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de autoextermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 12 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92469 | 435907 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 12. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92470 | 435908 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92471 | 435909 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | até o uso | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92472 | 435910 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal aberta e arredondada, apresentando 02 orifícios ovais próximo a ponta, situados em lados opostos com (+ ou - 2cm) distante um do outro, delimitados e proporcionais ao diâmetro do calibre, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio.<br>Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92473 | 435911 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 22 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92474 | 435912 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 22. Aplicação: administração de soluções e dieta, drenagem e lavagem gástrica. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril, descartável, medindo aproximadamente 100 cm, incolor, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, látex, etc; com tampa na porção média do conector (presa ou solta). Extremidade distal fechada, arredondada, apresentando 02 orifícios ovais situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura asséptica e que garanta integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOGÁSTRICA – Trata-se de um produto de uso único utilizado para realização do procedimento de sondagem nasogástrica. Este procedimento consiste em introduzir a sonda (tubo de polivinil) pela nasofaringe até o estômago. Sua utilização está indicada principalmente para descompressão e lavagem gástrica. Sua indicação para administração de dieta é limitado, pois seu material pode deteriorar mais facilmente e causar irritação em contato com a mucosa por longo período. A lavagem gástrica é um procedimento realizado para preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias além de remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo como no caso de intoxicações exógenas provocadas por tentativas de auto-extermínio. Ademais, pode ser utilizada para estancar hemorragias gástricas ou esofágicas através de aplicação de líquidos gelados. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Curta □ Longa Numeração:_____ Nº de amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | até o uso | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa no conector permite fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL NEONATAL Nº 06 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92457 | 435897 | | X | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL NEONATAL Nº 06. Aplicação: nutrição enteral, neonatal. Material: poliuretano atóxico. Características Adicionais: estéril,descartável, siliconizada, radiopaca com guia metálico flexível, com conector universal na parte proximal que permita perfeita adaptação em seringas, equipos e etc.,apresentando orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda; isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada para o fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas e quaisquer defeitos. Embalada em papel grau cirúrgico. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOENTÉRICA – Também conhecida como sonda DOBBHOFF, este produto serve de acesso ao duodeno, jejuno ou porções terminais do intestino delgado do paciente e é indicada para administração de nutrição enteral, administração de medicações e descompressão do intestino delgado.<br>O uso de sondas para suporte nutricional são de extrema importância e reconhecida como fator definitivo na recuperação de doentes, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população, especialmente nos idosos, pois permite o aporte de nutrientes. Sua indicação está também associada às patologias que levam a dificuldades na deglutição, impossibilitando a alimentação por via oral. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOENTÉRICA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | selamento posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (poliuretano atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Marcações numéricas legíveis (no mínimo a cada 10 cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Radiopaca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém suas propriedades físicas em contato com o suco gástrico, durante o período recomendado para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia metálico flexível e com ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia permite bom deslizamento mesmo após a introdução da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em Y) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas nos conectores permitem o fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PEDIÁTRICA Nº 08 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92456 | 435899 | | X | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PEDIÁTRICA Nº 08. Aplicação: nutrição enteral, pediátrica. Material: poliuretano atóxico., Características Adicionais: estéril,descartável, siliconizada, comprimento mínimo de 100cm, radiopaca com guia metálico flexível, com conector universal na parte proximal que permita perfeita adaptação em seringas, equipos e etc.,apresentado orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda; isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada para o fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas e quaisquer defeitos. Embalada em papel grau cirúrgico. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOENTÉRICA – Também conhecida como sonda DOBBHOFF, este produto serve de acesso ao duodeno, jejuno ou porções terminais do intestino delgado do paciente e é indicada para administração de nutrição enteral, administração de medicações e descompressão do intestino delgado.<br>O uso de sondas para suporte nutricional são de extrema importância e reconhecida como fator definitivo na recuperação de doentes, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população, especialmente nos idosos, pois permite o aporte de nutrientes. Sua indicação está também associada às patologias que levam a dificuldades na deglutição, impossibilitando a alimentação por via oral. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOENTÉRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | selamento posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (poliuretano atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Marcações numéricas legíveis (no mínimo a cada 10 cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Radiopaca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém suas propriedades físicas em contato com o suco gástrico, durante o período recomendado para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia metálico flexível e com ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia permite bom deslizamento mesmo após a introdução da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em Y) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas nos conectores permitem o fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 10 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92475 | 435901 | | X | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 10. Aplicação: nutrição enteral, adulto. Material: poliuretano atóxico. Características Adicionais: estéril,descartável, siliconizada, comprimento mínimo de 100cm, radiopaca com guia metálico flexível, com conector universal na parte proximal que permita perfeita adaptação em seringas, equipos e etc.,apresentado orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda; isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada para o fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas e quaisquer defeitos. Embalada em papel grau cirúrgico. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOENTÉRICA – Também conhecida como sonda DOBBHOFF, este produto serve de acesso ao duodeno, jejuno ou porções terminais do intestino delgado do paciente e é indicada para administração de nutrição enteral, administração de medicações e descompressão do intestino delgado.<br>O uso de sondas para suporte nutricional são de extrema importância e reconhecida como fator definitivo na recuperação de doentes, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população, especialmente nos idosos, pois permite o aporte de nutrientes. Sua indicação está também associada às patologias que levam a dificuldades na deglutição, impossibilitando a alimentação por via oral. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOENTÉRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | selamento posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (poliuretano atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Marcações numéricas legíveis (no mínimo a cada 10 cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Radiopaca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém suas propriedades físicas em contato com o suco gástrico, durante o período recomendado para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia metálico flexível e com ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia permite bom deslizamento mesmo após a introdução da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em Y) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas nos conectores permitem o fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 12 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12083 | 435902 | | X | | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 12. Aplicação: nutrição enteral, adulto. Material: poliuretano atóxico., Características Adicionais: estéril, descartável, siliconizada, comprimento mínimo de 100cm, radiopaca com guia metálico flexível, com conector universal na parte proximal que permita perfeita adaptação em seringas, equipos e etc., apresentado orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda; isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada para o fim que se destina, espessura uniforme, isenta de manchas e quaisquer defeitos. Embalada em papel grau cirúrgico. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa com 10 unidades. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA NASOENTÉRICA – Também conhecida como sonda DOBBHOFF, este produto serve de acesso ao duodeno, jejuno ou porções terminais do intestino delgado do paciente e é indicada para administração de nutrição enteral, administração de medicações e descompressão do intestino delgado.<br>O uso de sondas para suporte nutricional são de extrema importância e reconhecida como fator definitivo na recuperação de doentes, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população, especialmente nos idosos, pois permite o aporte de nutrientes. Sua indicação está também associada às patologias que levam a dificuldades na deglutição, impossibilitando a alimentação por via oral. Insumo utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da Rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA NASOENTÉRICA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | selamento posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (poliuretano atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Marcações numéricas legíveis (no mínimo a cada 10 cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Radiopaca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém suas propriedades físicas em contato com o suco gástrico, durante o período recomendado para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia metálico flexível e com ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fio guia permite bom deslizamento mesmo após a introdução da sonda | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em Y) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas nos conectores permitem o fechamento adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO TAMANHO PEDIÁTRICO Nº 08, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36248 | 435971 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO TAMANHO PEDIÁTRICO Nº 08, ESTÉRIL. Aplicação (finalidade): Cateterismo vesical intermitente diário, conforme indicações clínicas previstas em normativas instituídas na SES/DF. Composição: cateter confeccionado em poliuretano ou PVC ou elastômero a base de poliolefina (POBE) ou polímero equivalente, com revestimento hidrofílico e lubrificante a base substâncias com afinidade pela água de modo a formar uma superfície deslizante no cateter. Tamanho: Cateter pediátrico calibre número 08, medindo 20 centímetros (+/– 5 cm). Características adicionais: cateter deve ser resistente a torções, atraumático, atóxico, hipoalergênico; possuir orifícios radiais; promover barreira antimicrobiana. O cateter pode vir lubrificado ou ter sua lubrificação ativada ainda dentro da embalagem primária do produto. Grau de Esterilidade: produto estéril. Embalagem: embalagem individual que garanta a integridade do produto e abertura em técnica asséptica. Unidade de estoque: Unidade (UN). USO EXCLUSIVO DOS AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETERES HIDROFÍLICOS – Indicado para realização de cateterismo vesical intermitente em pacientes com disfunções miccionais, principalmente portadores de disfunção neurogênica ou idiopática do trato urinário inferior, que apresentam esvaziamento incompleto da bexiga. Este cateter possui um revestimento hidrofílico, pronto para o uso, dispensando o lubrificante. Além disso, tem sido associado a menores índices de infecção urinária por apresentar características como orifícios de drenagem polidos e lubrificados que impedem o atrito e trauma na uretra na realização da cateterização. A aquisição destes cateteres justifica-se pela necessidade de diminuir os casos de infecção urinária de repetição e traumas uretrais com consequente estenose. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER HIDROFÍLICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Fácil identificação do tamanho do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização/validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta firmeza suficiente para efetuar a introdução na uretra sem necessidade de toque na extensão do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pré-lubrificado ou com lubrificação a ser ativada ainda na embalagem primária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta baixa fricção na uretra, facilitando a introdução. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta orifícios de drenagem polidos prevenindo o trauma uretral. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 10, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36249 | 435975 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 10, ESTÉRIL. Aplicação (finalidade): cateterismo vesical intermitente diário, conforme indicações clínicas previstas em normativas instituídas pela SES/DF. Composição: cateter confeccionado em poliuretano ou PVC ou elastômero a base de poliolefina (POBE) ou polímero equivalente, com revestimento hidrofílico e lubrificante a base substâncias com afinidade pela água de modo a formar uma superfície deslizante no cateter. Tamanho/Capacidade: Cateter masculino, calibre número 10, medindo 40 centímetros (+/– 5 cm). Características adicionais: cateter deve ser resistente a torções, atraumático, atóxico, hipoalergênico, possuir orifícios radiais, promover barreira antimicrobiana. O cateter pode vir lubrificado ou ter sua lubrificação ativada ainda dentro da embalagem primária do produto. Grau de Esterilidade: produto estéril. Embalagem: embalagem individual que garanta a integridade do produto e abertura em técnica asséptica. Unidade de estoque: Unidade (UN). USO EXCLUSIVO DOS AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETERES HIDROFÍLICOS – Indicado para realização de cateterismo vesical intermitente em pacientes com disfunções miccionais, principalmente portadores de disfunção neurogênica ou idiopática do trato urinário inferior, que apresentam esvaziamento incompleto da bexiga. Este cateter possui um revestimento hidrofílico, pronto para o uso, dispensando o lubrificante. Além disso, tem sido associado a menores índices de infecção urinária por apresentar características como orifícios de drenagem polidos e lubrificados que impedem o atrito e trauma na uretra na realização da cateterização. A aquisição destes cateteres justifica-se pela necessidade de diminuir os casos de infecção urinária de repetição e traumas uretrais com consequente estenose. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER HIDROFÍLICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil identificação do tamanho do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização/validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta firmeza suficiente para efetuar a introdução na uretra sem necessidade de toque na extensão do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pré-lubrificado ou com lubrificação a ser ativada ainda na embalagem primária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta baixa fricção na uretra, facilitando a introdução. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta orifícios de drenagem polidos prevenindo o trauma uretral. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 12, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36250 | 435976 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 12, ESTÉRIL. Aplicação (finalidade): cateterismo vesical intermitente diário, conforme indicações clínicas previstas em normativas instituídas pela SES/DF. Composição: cateter confeccionado em poliuretano ou PVC ou elastômero a base de poliolefina (POBE) ou polímero equivalente, com revestimento hidrofílico e lubrificante a base substâncias com afinidade pela água de modo a formar uma superfície deslizante no cateter. Tamanho/capacidade: Cateter masculino, calibre número 12, medindo 40 centímetros (+/– 5 cm). Características adicionais: cateter deve ser resistente a torções, atraumático, atóxico, hipoalergênico; possuir orifícios radiais; promover barreira antimicrobiana. O cateter pode vir lubrificado ou ter sua lubrificação ativada ainda dentro da embalagem primária do produto. Grau de Esterilidade: produto estéril. Embalagem: embalagem individual que garanta a integridade do produto e abertura em técnica asséptica. Unidade de estoque: Unidade (UN). USO EXCLUSIVO DOS AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETERES HIDROFÍLICOS – Indicado para realização de cateterismo vesical intermitente em pacientes com disfunções miccionais, principalmente portadores de disfunção neurogênica ou idiopática do trato urinário inferior, que apresentam esvaziamento incompleto da bexiga. Este cateter possui um revestimento hidrofílico, pronto para o uso, dispensando o lubrificante. Além disso, tem sido associado a menores índices de infecção urinária por apresentar características como orifícios de drenagem polidos e lubrificados que impedem o atrito e trauma na uretra na realização da cateterização. A aquisição destes cateteres justifica-se pela necessidade de diminuir os casos de infecção urinária de repetição e traumas uretrais com consequente estenose. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER HIDROFÍLICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil identificação do tamanho do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização/validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta firmeza suficiente para efetuar a introdução na uretra sem necessidade de toque na extensão do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pré-lubrificado ou com lubrificação a ser ativada ainda na embalagem primária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta baixa fricção na uretra, facilitando a introdução. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta orifícios de drenagem polidos prevenindo o trauma uretral. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 10, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36251 | 435972 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 10, ESTÉRIL. Aplicação (finalidade): cateterismo vesical intermitente diário, conforme indicações clínicas previstas em normativas instituídas pela SES/DF. Composição: cateter confeccionado em poliuretano ou PVC ou elastômero a base de poliolefina (POBE) ou polímero equivalente, com revestimento hidrofílico e lubrificante a base substâncias com afinidade pela água de modo a formar uma superfície deslizante no cateter. Tamanho/Capacidade: Cateter feminino, calibre número 10, medindo 20 centímetros (+/– 5 cm). Características adicionais: cateter deve ser resistente a torções, atraumático, atóxico, hipoalergênico; possuir orifícios radiais; promover barreira antimicrobiana. O cateter pode vir lubrificado ou ter sua lubrificação ativada ainda dentro da embalagem primária do produto. Grau de Esterilidade: produto estéril. Embalagem: embalagem individual que garanta a integridade do produto e abertura em técnica asséptica. Unidade de estoque: Unidade (UN). USO EXCLUSIVO DOS AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETERES HIDROFÍLICOS – Indicado para realização de cateterismo vesical intermitente em pacientes com disfunções miccionais, principalmente portadores de disfunção neurogênica ou idiopática do trato urinário inferior, que apresentam esvaziamento incompleto da bexiga. Este cateter possui um revestimento hidrofílico, pronto para o uso, dispensando o lubrificante. Além disso, tem sido associado a menores índices de infecção urinária por apresentar características como orifícios de drenagem polidos e lubrificados que impedem o atrito e trauma na uretra na realização da cateterização. A aquisição destes cateteres justifica-se pela necessidade de diminuir os casos de infecção urinária de repetição e traumas uretrais com consequente estenose. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER HIDROFÍLICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Fácil identificação do tamanho do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização/validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta firmeza suficiente para efetuar a introdução na uretra sem necessidade de toque na extensão do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pré-lubrificado ou com lubrificação a ser ativada ainda na embalagem primária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta baixa fricção na uretra, facilitando a introdução. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta orifícios de drenagem polidos prevenindo o trauma uretral. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 12, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36252 | 436136 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 12, ESTÉRIL. Aplicação (finalidade): cateterismo vesical intermitente diário, conforme indicações clínicas previstas em normativas instituídas pela SES/DF. Composição: cateter confeccionado em poliuretano ou PVC ou elastômero a base de poliolefina (POBE) ou polímero equivalente, com revestimento hidrofílico e lubrificante a base substâncias com afinidade pela água de modo a formar uma superfície deslizante no cateter. Tamanho/capacidade: Cateter feminino, calibre número 12, medindo 20 centímetros (+/– 5 cm). Características adicionais: cateter deve ser resistente a torções, atraumático, atóxico, hipoalergênico; possuir orifícios radiais; promover barreira antimicrobiana. O cateter pode vir lubrificado ou ter sua lubrificação ativada ainda dentro da embalagem primária do produto. Grau de Esterilidade: produto estéril. Embalagem: embalagem individual que garanta a integridade do produto e abertura em técnica asséptica. Unidade de estoque: Unidade (UN). USO EXCLUSIVO DOS AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETERES HIDROFÍLICOS – Indicado para realização de cateterismo vesical intermitente em pacientes com disfunções miccionais, principalmente portadores de disfunção neurogênica ou idiopática do trato urinário inferior, que apresentam esvaziamento incompleto da bexiga. Este cateter possui um revestimento hidrofílico, pronto para o uso, dispensando o lubrificante. Além disso, tem sido associado a menores índices de infecção urinária por apresentar características como orifícios de drenagem polidos e lubrificados que impedem o atrito e trauma na uretra na realização da cateterização. A aquisição destes cateteres justifica-se pela necessidade de diminuir os casos de infecção urinária de repetição e traumas uretrais com consequente estenose. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESAS (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER HIDROFÍLICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil identificação do tamanho do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização/validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta firmeza suficiente para efetuar a introdução na uretra sem necessidade de toque na extensão do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pré-lubrificado ou com lubrificação a ser ativada ainda na embalagem primária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta baixa fricção na uretra, facilitando a introdução. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta orifícios de drenagem polidos prevenindo o trauma uretral. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92434 | 283987 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04. Aplicação: aspiração orotraqueal. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril descartável, incolor, flexível, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, e tubo latex, etc.; com extremidade distal arredondada, aberta, apresentando 02 orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim a que se destina; espessura uniforme; isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que forneça abertura técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – É indicada para aspiração de secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas em pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz e quadro de caquexia. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados. A manutenção das vias aéreas sem secreções é essencial para garantir a eficácia das trocas gasosas e a prevenção de complicações pulmonares.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92435 | 0279760 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06. Aplicação: aspiração orotraqueal. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril descartável, incolor, flexível, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, e tubo latex, etc.; com extremidade distal arredondada, aberta, apresentando 02 orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim a que se destina; espessura uniforme; isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que forneça abertura técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – É indicada para aspiração de secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas em pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz e quadro de caquexia. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados. A manutenção das vias aéreas sem secreções é essencial para garantir a eficácia das trocas gasosas e a prevenção de complicações pulmonares.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Aspiração traqueal □ Retal □ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92436 | 0279763 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08. Aplicação: aspiração orotraqueal. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril descartável, incolor, flexível, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, e tubo latex, etc.; com extremidade distal arredondada, aberta, apresentando 02 orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim a que se destina; espessura uniforme; isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que forneça abertura técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – É indicada para aspiração de secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas em pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz e quadro de caquexia. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados. A manutenção das vias aéreas sem secreções é essencial para garantir a eficácia das trocas gasosas e a prevenção de complicações pulmonares.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92437 | 0279765 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10. Aplicação: aspiração orotraqueal. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril descartável, incolor, flexível, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, e tubo latex, etc.; com extremidade distal aberta e arredondada, apresentando 02 orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos com +/- 1 cm distante um do outro, delimitados e proporcionais ao diâmetro do calibre, e isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim a que se destina; espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que forneça abertura técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – É indicada para aspiração de secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas em pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz e quadro de caquexia. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados. A manutenção das vias aéreas sem secreções é essencial para garantir a eficácia das trocas gasosas e a prevenção de complicações pulmonares.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Aspiração traqueal □ Retal □ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92438 | 0279764 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12. Aplicação: aspiração orotraqueal. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril descartável, incolor, flexível, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, e tubo latex, etc.; com extremidade distal arredondada, aberta, apresentando 02 orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim a que se destina; espessura uniforme; isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que forneça abertura técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – É indicada para aspiração de secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas em pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz e quadro de caquexia. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados. A manutenção das vias aéreas sem secreções é essencial para garantir a eficácia das trocas gasosas e a prevenção de complicações pulmonares.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Aspiração traqueal □ Retal □ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92433 | 279761 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14. Aplicação: aspiração orotraqueal. Material: polivinil atóxico. Características Adicionais: estéril descartável, incolor, flexível, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação em seringas, equipos, e tubo latex, etc.; com extremidade distal arredondada, aberta, apresentando 02 orifícios ovais próximo à ponta, situados em lados opostos, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas e ou saliências que possam traumatizar o paciente; apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim a que se destina; espessura uniforme; isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que forneça abertura técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilização do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL – É indicada para aspiração de secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas em pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz e quadro de caquexia. É ainda indicada para pacientes intubados e traqueostomizados. A manutenção das vias aéreas sem secreções é essencial para garantir a eficácia das trocas gasosas e a prevenção de complicações pulmonares.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Aspiração traqueal □ Retal □ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA RETAL Nº 20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92480 | 435933 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | SONDA RETAL Nº 20. Aplicação: lavagem intestinal baixa. Material: polivinil atóxico incolor, medindo aproximadamente 40 cm. Características Adicionais: estéril, descartável, com conector na parte proximal em PVC atóxico que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector ( presa ou solta ), com extremidade distal aberta e arredondada, apresentando orifício oval próximo a ponta, delimitado e proporcional ao calibre e diâmetro da sonda, isentas de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, deve apresentar espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagens individuais, acondicionadas em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA RETAL – É utilizada principalmente para lavagem intestinal e possui a finalidade de eliminar ou evitar a distensão abdominal e flatulência, facilitar a eliminação de fezes, remover sangue nos casos de melena e preparar o paciente para cirurgia, exames e tratamento do trato intestinal.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 04 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92493 | 452538 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 04. Aplicação: sondagem vesical de alivio - uso neonatal. Material: polivinil atóxico incolor, Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector ( presa ou solta ), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifício oval próximo à ponta, delimitado e proporcional ao calibre e diâmetro da sonda, isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, deve apresentar espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagens individuais, acondicionadas em caixas. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 06 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92494 | 0435970 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 06. Aplicação: sondagem vesical de alivio - uso pediátrico. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector ( presa ou solta ), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifícios ovais, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica assépticae que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Aspiração traqueal □ Retal □ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 08 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92495 | 436229 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 08. Aplicação: sondagem vesical de alivio - uso pediátrico. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconado, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector ( presa ou solta ), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifício oval próximo à ponta, delimitado e proporcional ao calibre e diâmetro da sonda, isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, deve apresentar espessura uniforme, isento de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica asséptica e garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagens individuais, acondicionadas em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 10 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92496 | 436042 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 10. Aplicação: sondagem vesical de alivio. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifícios ovais, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica assépticae que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 12 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92497 | 435986 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 12. Aplicação: sondagem vesical de alivio. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifícios ovais, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica assépticae que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 14 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92498 | 435982 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 14. Aplicação: sondagem vesical de alivio - uso adulto. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconado, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifício oval próximo a ponta, delimitado e proporcional ao calibre e diâmetro da sonda, isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, deve apresentar espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagens individuais, acondicionadas em caixa. Unidade de Estoque: unidade. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 16 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92499 | 435985 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 16. Aplicação: sondagem vesical de alivio. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifícios ovais, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica assépticae que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL 18 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92500 | 435983 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 18. Aplicação: sondagem vesical de alivio. Material: polivinil atóxico incolor. , Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector ( presa ou solta ), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifícios ovais, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica assépticae que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92501 | 435987 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 20. Aplicação: sondagem vesical de alívio. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifícios ovais, delimitados e proporcionais ao diâmetro da sonda, isentos de rebarbas ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, com espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalada em saco plástico ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 5 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA URETRAL Nº 22 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92502 | 435984 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SONDA URETRAL Nº 22. Aplicação: sondagem vesical de alivio - uso adulto. Material: polivinil atóxico incolor. Características Adicionais: estéril, descartável, flexível, siliconada, medindo aproximadamente 40 cm, com conector na parte proximal em PVC que permita perfeita adaptação a equipos, tubo de látex, etc.; com tampa na porção média do conector (presa ou solta), com extremidade distal fechada e arredondada, apresentando orifício oval próximo a ponta, delimitado e proporcional ao calibre e diâmetro da sonda, isenta de rebarbas e/ou saliências que possam traumatizar o paciente, apresentando flexibilidade e maciez adequada ao fim que se destina, deve apresentar espessura uniforme, isenta de manchas ou quaisquer defeitos. Embalagem plástica ou papel grau cirúrgico que favoreça abertura em técnica asséptica e que garanta a integridade e esterilidade do produto. Apresentação: embalagens individuais, acondicionadas em caixa. Unidade de Estoque: unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA URETRAL – É utilizada para cateterismo vesical intermitente ou de alívio. Consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento. Está indicada para drenagem de urina em pacientes com retenção urinária, esvaziamento vesical em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, coleta de urina para exames e administração de medicamentos em pacientes portadores de bexiga neurogênica.<br>A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDAS DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, RETAL E URETRAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Aspiração traqueal ☐ Retal ☐ Uretral Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Incolor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector (em PVC) universal que permite a adaptação aos dispositivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa (presa ou solta) no conector permite o fechamento adequado (se houver) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 14G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25240 | 0437175 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 14G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico. Material: poliuretano/teflon. Tamanho: diâmetro 14 G. Características Adicionais: agulha com bisel trifacetado e afiado em aço, polida, isenta de aspereza, que proporcione penetração suave e facilidade de punção, com protetor plástico, catéter intravenoso estéril, constituído de cânula em poliuretano radiopaco inerte, flexível, e que não provoque rebarbas quando das punções, que permita perfeito deslizamento no vaso, com canhão na cor padrão (laranja) que possibilite perfeita adaptação à seringa e equipos, e com protetor plástico. Com câmara de refluxo transparente para visualização do refluxo sanguíneo, com filtro e tampa oclusiva tipo luer. Embalagem estéril que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Após abertura, apresente evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – São dispositivos de infusão que permitem à equipe de saúde uma via de acesso rápido capaz de prover a infusão de medicamentos e outras soluções em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Geralmente, os de menor calibre (22 e 24) são mais usados em pacientes pediátricos e neonatais; os de calibre intermediário (18 e 20) utilizados no público adulto e os de maior calibre (14 e 16) destinados à pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência ou que necessitem de acesso rápido e infusão de grandes volumes.<br>São dispositivos de consumo regular e de extrema importância. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF.<br>À ausência deste insumo acarretará prejuízo no atendimento e risco à saúde do usuário do sistema de saúde por comprometer a administração de medicamentos em unidades ambulatoriais e hospitalares, além de impossibilitar o acesso venoso rápido e seguro em situações de urgência e emergência. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | fabricação até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição do material compatível com o solicitado pela SES | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite penetração suave na pele (bisel e cânula), sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara de refluxo transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula de poliuretano radiopaco inerte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão na cor correspondente ao tamanho solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão permite adaptação à seringas e equipos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas protetoras para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro e tampa oclusiva tipo luer na câmara de refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 16G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25241 | 0437176 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 16G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico. Material: poliuretano/teflon. Tamanho: diâmetro 16 G. Características Adicionais: agulha com bisel trifacetado e afiado em aço, polida, isenta de aspereza, que proporcione penetração suave e facilidade de punção, com protetor plástico, catéter intravenoso estéril, constituído de cânula em poliuretano radiopaco inerte, flexível, e que não provoque rebarbas quando das punções, que permita perfeito deslizamento no vaso, com canhão na cor padrão (cinza) que possibilite perfeita adaptação à seringa e equipos, e com protetor plástico. Com câmara de refluxo transparente para visualização do refluxo sanguíneo, com filtro e tampa oclusiva tipo luer. Embalagem estéril que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Após abertura, apresente evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – São dispositivos de infusão que permitem à equipe de saúde uma via de acesso rápido capaz de prover a infusão de medicamentos e outras soluções em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Geralmente, os de menor calibre (22 e 24) são mais usados em pacientes pediátricos e neonatais; os de calibre intermediário (18 e 20) utilizados no público adulto e os de maior calibre (14 e 16) destinados à pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência ou que necessitem de acesso rápido e infusão de grandes volumes.<br>São dispositivos de consumo regular e de extrema importância. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF.<br>À ausência deste insumo acarretará prejuízo no atendimento e risco à saúde do usuário do sistema de saúde por comprometer a administração de medicamentos em unidades ambulatoriais e hospitalares, além de impossibilitar o acesso venoso rápido e seguro em situações de urgência e emergência. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Embalagem em papel cirúgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição do material compatível com o solicitado pela SES | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite penetração suave na pele (bisel e cânula), sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara de refluxo transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula de poliuretano radiopaco inerte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão na cor correspondente ao tamanho solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão permite adaptação à seringas e equipos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas protetoras para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro e tampa oclusiva tipo luer na câmara de refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 18G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25242 | 0437177 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 18G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico. Material: poliuretano/teflon. Tamanho: diâmetro 18 G. Características Adicionais: agulha com bisel trifacetado e afiado em aço, polida, isenta de aspereza, que proporcione penetração suave e facilidade de punção, com protetor plástico, catéter intravenoso estéril, constituído de cânula em poliuretano radiopaco inerte, flexível, e que não provoque rebarbas quando das punções, que permita perfeito deslizamento no vaso, com canhão na cor padrão (verde) que possibilite perfeita adaptação à seringa e equipos, e com protetor plástico. Com câmara de refluxo transparente para visualização do refluxo sanguíneo, com filtro e tampa oclusiva tipo luer. Embalagem estéril que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Após abertura, apresente evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – São dispositivos de infusão que permitem à equipe de saúde uma via de acesso rápido capaz de prover a infusão de medicamentos e outras soluções em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Geralmente, os de menor calibre (22 e 24) são mais usados em pacientes pediátricos e neonatais; os de calibre intermediário (18 e 20) utilizados no público adulto e os de maior calibre (14 e 16) destinados à pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência ou que necessitem de acesso rápido e infusão de grandes volumes.<br>São dispositivos de consumo regular e de extrema importância. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF.<br>A ausência deste insumo acarretará prejuízo no atendimento e risco à saúde do usuário do sistema de saúde por comprometer a administração de medicamentos em unidades ambulatoriais e hospitalares, além de impossibilitar o acesso venoso rápido e seguro em situações de urgência e emergência. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | fabricação até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição do material compatível com o solicitado pela SES | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite penetração suave na pele (bisel e cânula), sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara de refluxo transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula de poliuretano radiopaco inerte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão na cor correspondente ao tamanho solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão permite adaptação à seringas e equipos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas protetoras para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro e tampa oclusiva tipo luer na câmara de refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 20G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25243 | 0437178 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 20G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico. Material: poliuretano/teflon. Tamanho: diâmetro 20 G. Características Adicionais: agulha com bisel trifacetado e afiado em aço, polida, isenta de aspereza, que proporcione penetração suave e facilidade de punção, com protetor plástico, catéter intravenoso estéril, constituído de cânula em poliuretano radiopaco inerte, flexível, e que não provoque rebarbas quando das punções, que permita perfeito deslizamento no vaso, com canhão na cor padrão (rosa) que possibilite perfeita adaptação à seringa e equipos, e com protetor plástico. Com câmara de refluxo transparente para visualização do refluxo sanguíneo, com filtro e tampa oclusiva tipo luer. Embalagem estéril que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Após abertura, apresente evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – São dispositivos de infusão que permitem à equipe de saúde uma via de acesso rápido capaz de prover a infusão de medicamentos e outras soluções em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Geralmente, os de menor calibre (22 e 24) são mais usados em pacientes pediátricos e neonatais; os de calibre intermediário (18 e 20) utilizados no público adulto e os de maior calibre (14 e 16) destinados à pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência ou que necessitem de acesso rápido e infusão de grandes volumes.<br>São dispositivos de consumo regular e de extrema importância. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF.<br>A ausência deste insumo acarretará prejuízo no atendimento e risco à saúde do usuário do sistema de saúde por comprometer a administração de medicamentos em unidades ambulatoriais e hospitalares, além de impossibilitar o acesso venoso rápido e seguro em situações de urgência e emergência. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Embalagem em papel cirúgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | até o uso | | |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição do material compatível com o solicitado pela SES | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite penetração suave na pele (bisel e cânula), sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara de refluxo transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula de poliuretano radiopaco inerte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão na cor correspondente ao tamanho solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão permite adaptação à seringas e equipos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas protetoras para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro e tampa oclusiva tipo luer na câmara de refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 22G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25244 | 0437179 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 22G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico. Material: poliuretano/teflon. Tamanho: diâmetro 22 G. Características Adicionais: agulha com bisel trifacetado e afiado em aço, polida, isenta de aspereza, que proporcione penetração suave e facilidade de punção, com protetor plástico, catéter intravenoso estéril, constituído de cânula em poliuretano radiopaco inerte, flexível, e que não provoque rebarbas quando das punções, que permita perfeito deslizamento no vaso, com canhão na cor padrão (azul) que possibilite perfeita adaptação à seringa e equipos, e com protetor plástico. Com câmara de refluxo transparente para visualização do refluxo sanguíneo, com filtro e tampa oclusiva tipo luer. Embalagem estéril que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Após abertura, apresente evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – São dispositivos de infusão que permitem à equipe de saúde uma via de acesso rápido capaz de prover a infusão de medicamentos e outras soluções em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção da rede SES/DF. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Geralmente, os de menor calibre (22 e 24) são mais usados em pacientes pediátricos e neonatais; os de calibre intermediário (18 e 20) utilizados no público adulto e os de maior calibre (14 e 16) destinados à pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência ou que necessitem de acesso rápido e infusão de grandes volumes. São dispositivos de consumo regular e de extrema importância. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. A ausência deste insumo acarretará prejuízo no atendimento e risco à saúde do usuário do sistema de saúde por comprometer a administração de medicamentos em unidades ambulatoriais e hospitalares, além de impossibilitar o acesso venoso rápido e seguro em situações de urgência e emergência. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição do material compatível com o solicitado pela SES | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite penetração suave na pele (bisel e cânula), sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara de refluxo transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula de poliuretano radiopaco inerte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão na cor correspondente ao tamanho solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão permite adaptação à seringas e equipos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas protetoras para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro e tampa oclusiva tipo luer na câmara de refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 24G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25245 | 437180 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 24G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico. Material: poliuretano/teflon. Tamanho: diâmetro 24 G. Características Adicionais: agulha com bisel trifacetado e afiado em aço, polida, isenta de aspereza, que proporcione penetração suave e facilidade de punção, com protetor plástico, catéter intravenoso estéril, constituído de cânula em poliuretano radiopaco inerte, flexível, e que não provoque rebarbas quando das punções, que permita perfeito deslizamento no vaso, com canhão na cor padrão (amarelo) que possibilite perfeita adaptação à seringa e equipos, e com protetor plástico. Com câmara de refluxo transparente para visualização do refluxo sanguíneo, com filtro e tampa oclusiva tipo luer. Embalagem estéril que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Após abertura, apresente evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – São dispositivos de infusão que permitem à equipe de saúde uma via de acesso rápido capaz de prover a infusão de medicamentos e outras soluções em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br>A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar. Geralmente, os de menor calibre (22 e 24) são mais usados em pacientes pediátricos e neonatais; os de calibre intermediário (18 e 20) utilizados no público adulto e os de maior calibre (14 e 16) destinados à pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência ou que necessitem de acesso rápido e infusão de grandes volumes.<br>São dispositivos de consumo regular e de extrema importância. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. A ausência deste insumo acarretará prejuízo no atendimento e risco à saúde do usuário do sistema de saúde por comprometer a administração de medicamentos em unidades ambulatoriais e hospitalares, além de impossibilitar o acesso venoso rápido e seguro em situações de urgência e emergência. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição do material compatível com o solicitado pela SES | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dimensões compatíveis com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite penetração suave na pele (bisel e cânula), sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Câmara de refluxo transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula de poliuretano radiopaco inerte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão na cor correspondente ao tamanho solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Canhão permite adaptação à seringas e equipos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampas protetoras para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro e tampa oclusiva tipo luer na câmara de refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCALPE N° 19, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25246 | 437164 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCALPE N° 19, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico de curta permanência. Material: cânula: aço inoxidável, asas: polipropileno cor cinza. Características Adicionais: dispositivo de uso único, descartável, com tubo flexível sem dobraduras, com transparência que permita visualização do fluido e eventual bolhas. Asas para empunhadura anatômica, flexível, que permita firmeza no manuseio e segurança na fixação ao paciente. Conector que permita perfeita adaptação a equipos, seringas, etc..., cânula polida, isenta de aspereza, siliconizada, com lúmen limpo sem matéria estranha, bisel trifacetado afiado, que permita perfeito deslizamento no vaso e facilidade de punção, com protetor de agulha. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCALPE – São dispositivos utilizados para terapia intravenosa periférica de curta permanência e coletas de sangue. Permitem que sejam coletadas amostras sanguíneas diferentes, em intervalos de tempo curto, sem necessidade de punções repetidas. Permitem ainda administração de medicações intermitentes. Não possuem indicação de permanência por períodos elevados, visto se tratar de dispositivo agulhado, o que pode causar traumas e equimoses após movimentação excessiva ou dobraduras do membro em que se encontra o acesso. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar, atendendo ao perfil adulto e pediátrico. A aquisição destes insumos visa o abastecimento da Rede SES/DF em todos os níveis. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCALPE ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúrgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Cânula em aço inoxidável, polida e siliconizada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula livre de aspereza e sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas em polipropileno de cor padrão compatível com tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas flexíveis que permitem empanhadura anatômica que permite firmeza no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas permitem boa fixação ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo transparente, flexível e sem dobraduras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza que permite penetração suave na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa protetora para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCALPE N° 21, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25247 | 437173 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ESCALPE N° 21, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico de curta permanência. Material: cânula: aço inoxidável, asas: polipropileno cor cinza. Características Adicionais: dispositivo de uso único, descartável, com tubo flexível sem dobraduras, com transparência que permita visualização do fluido e eventual bolhas. Asas para empunhadura anatômica, flexível, que permita firmeza no manuseio e segurança na fixação ao paciente. Conector que permita perfeita adaptação a equipos, seringas, etc..., cânula polida, isenta de aspereza, siliconizada, com lúmen limpo sem matéria estranha, bisel trifacetado afiado, que permita perfeito deslizamento no vaso e facilidade de punção, com protetor de agulha. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCALPE – São dispositivos utilizados para terapia intravenosa periférica de curta permanência e coletas de sangue. Permitem que sejam coletadas amostras sanguíneas diferentes, em intervalos de tempo curto, sem necessidade de punções repetidas. Permitem ainda administração de medicações intermitentes. Não possuem indicação de permanência por períodos elevados, visto se tratar de dispositivo agulhado, o que pode causar traumas e equimoses após movimentação excessiva ou dobraduras do membro em que se encontra o acesso. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar, atendendo ao perfil adulto e pediátrico. A aquisição destes insumos visa o abastecimento da Rede SES/DF em todos os níveis. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCALPE ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúrgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Cânula em aço inoxidável, polida e siliconizada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula livre de aspereza e sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas em polipropileno de cor padrão compatível com tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas flexíveis que permitem empanhadura anatômica que permite firmeza no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas permitem boa fixação ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo transparente, flexível e sem dobraduras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza que permite penetração suave na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa protetora para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCALPE N° 23, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25248 | 437174 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ESCALPE N° 23, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico de curta permanência. Material: cânula: aço inoxidável, asas: polipropileno cor cinza. Características Adicionais: dispositivo de uso único, descartável, com tubo flexível sem dobraduras, com transparência que permita visualização do fluido e eventual bolhas. Asas para empunhadura anatômica, flexível, que permita firmeza no manuseio e segurança na fixação ao paciente. Conector que permita perfeita adaptação a equipos, seringas, etc..., cânula polida, isenta de aspereza, siliconizada, com lúmen limpo sem matéria estranha, bisel trifacetado afiado, que permita perfeito deslizamento no vaso e facilidade de punção, com protetor de agulha. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCALPE – São dispositivos utilizados para terapia intravenosa periférica de curta permanência e coletas de sangue. Permitem que sejam coletadas amostras sanguíneas diferentes, em intervalos de tempo curto, sem necessidade de punções repetidas. Permitem ainda administração de medicações intermitentes. Não possuem indicação de permanência por períodos elevados, visto se tratar de dispositivo agulhado, o que pode causar traumas e equimoses após movimentação excessiva ou dobraduras do membro em que se encontra o acesso. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar, atendendo ao perfil adulto e pediátrico. A aquisição destes insumos visa o abastecimento da Rede SES/DF em todos os níveis. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCALPE ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúrgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Cânula em aço inoxidável, polida e siliconizada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula livre de aspereza e sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas em polipropileno de cor padrão compatível com tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas flexíveis que permitem empanhadura anatômica que permite firmeza no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas permitem boa fixação ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo transparente, flexível e sem dobraduras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza que permite penetração suave na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa protetora para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCALPE N° 25, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25249 | 437165 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ESCALPE N° 25, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico de curta permanência. Material: cânula: aço inoxidável, asas: polipropileno cor cinza. Características Adicionais: dispositivo de uso único, descartável, com tubo flexível sem dobraduras, com transparência que permita visualização do fluido e eventual bolhas. Asas para empunhadura anatômica, flexível, que permita firmeza no manuseio e segurança na fixação ao paciente. Conector que permita perfeita adaptação a equipos, seringas, etc..., cânula polida, isenta de aspereza, siliconizada, com lúmen limpo sem matéria estranha, bisel trifacetado afiado, que permita perfeito deslizamento no vaso e facilidade de punção, com protetor de agulha. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCALPE – São dispositivos utilizados para terapia intravenosa periférica de curta permanência e coletas de sangue. Permitem que sejam coletadas amostras sanguíneas diferentes, em intervalos de tempo curto, sem necessidade de punções repetidas. Permitem ainda administração de medicações intermitentes. Não possuem indicação de permanência por períodos elevados, visto se tratar de dispositivo agulhado, o que pode causar traumas e equimoses após movimentação excessiva ou dobraduras do membro em que se encontra o acesso. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar, atendendo ao perfil adulto e pediátrico. A aquisição destes insumos visa o abastecimento da Rede SES/DF em todos os níveis. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCALPE ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem em papel cirúrgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível e completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | posterior à abertura | | |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Cânula em aço inoxidável, polida e siliconizada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula livre de aspereza e sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas em polipropileno de cor padrão compatível com tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas flexíveis que permitem empanhadura anatômica que permite firmeza no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas permitem boa fixação ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo transparente, flexível e sem dobraduras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza que permite penetração suave na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa protetora para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCALPE N° 27, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25250 | 437187 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCALPE N° 27, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. Aplicação: acesso venoso periférico de curta permanência. Material: cânula: aço inoxidável, asas: polipropileno cor cinza. Características Adicionais: dispositivo de uso único, descartável, com tubo flexível sem dobraduras, com transparência que permita visualização do fluido e eventual bolhas. Asas para empunhadura anatômica, flexível, que permita firmeza no manuseio e segurança na fixação ao paciente. Conector que permita perfeita adaptação a equipos, seringas, etc..., cânula polida, isenta de aspereza, siliconizada, com lúmen limpo sem matéria estranha, bisel trifacetado afiado, que permita perfeito deslizamento no vaso e facilidade de punção, com protetor de agulha. Embalado individualmente em papel grau cirúrgico que facilite a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagem individual acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCALPE – São dispositivos utilizados para terapia intravenosa periférica de curta permanência e coletas de sangue. Permitem que sejam coletadas amostras sanguíneas diferentes, em intervalos de tempo curto, sem necessidade de punções repetidas. Permitem ainda administração de medicações intermitentes. Não possuem indicação de permanência por períodos elevados, visto se tratar de dispositivo agulhado, o que pode causar traumas e equimoses após movimentação excessiva ou dobraduras do membro em que se encontra o acesso. A espessura ou calibre é consoante a viscosidade do fluido, bem como o calibre do vaso sanguíneo que se pretende alcançar, atendendo ao perfil adulto e pediátrico. A aquisição destes insumos visa o abastecimento da Rede SES/DF em todos os níveis. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCALPE ESTÉRIL | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Embalagem em papel cirúrgico | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |
| | Impressão gráfica legível e completa | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Cânula em aço inoxidável, polida e siliconizada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Cânula livre de aspereza e sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas em polipropileno de cor padrão compatível com tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas flexíveis que permitem empanhadura anatômica que permite firmeza no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Asas permitem boa fixação ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo transparente, flexível e sem dobraduras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Conector permite adaptação eficaz nos dispositivos (seringas, equipos) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bisel trifacetado, afiado e livre de aspereza que permite penetração suave na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa protetora para manter a esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo de segurança interfere na execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança ao profissional | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a técnica de implantação do cateter | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 15MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35136 | 439879 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20G X 15 MM (VARIAÇÃO DE + ou - 2 MM) estéril. Aplicação: punção de cateter totalmente implantável. Composição: agulha biselada do tipo Huber com dispositivo de segurança, conforme NR 32. Em aço inoxidável, cânula que propicie fácil penetração e mantenha a integridade da membrana. Extensor confeccionado em material compatível com quimioterápicos. Tamanho/capacidade: 20G X 15 MM (permitido variação de + ou - 2mm) . Características adicionais: atóxica, apirogênica, descartável, com dispositivo que permita fixação segura. Extensor com conector luer lock, transparente e flexível e pinça de fechamento. Cores diferenciadas para identificar o gauge de cada agulha. Esterilizado em óxido de etileno. Prazo de validade: acima de 75% da data de fabricação. Embalagem: em papel grau cirúrgico ou similar que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até seu uso. Embalagens individuais acondicionadas em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL – Trata-se da aquisição de agulha necessária para realização da punção de cateter totalmente implantável. O cateter totalmente implantado visa estabelecer um acesso venoso de grande calibre, necessário à administração de eletrólitos, drogas quimioterápicas e outras soluções por tempo prolongado. Tem como vantagem preservar a rede venosa periférica, devido às múltiplas punções e à ação irritante e vesicante dos quimioterápicos antineoplásicos.<br>As agulhas para punção são dispositivos agulhados específicos para punção do cateter e indispensáveis para administração de medicamentos e outras soluções. A ausência deste dispositivo impossibilita a utilização do cateter em pacientes oncológicos, trazendo prejuízos para o usuário ao aumentar o risco de infecções, comprometimento da rede venosa e até mesmo, impossibilitando a administração de medicamentos em pacientes com a rede venosa já comprometida. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Agulha em aço inoxidável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extensor compatível com quimioterápicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extensor com conector "Luer Lock" e pinça de fechamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Agulha biselada do tipo Huber | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona fácil penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui dispositivo de segurança, conforme NR 32 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da membrana durante a penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 19MM (VARIAÇÃO + OU - 2MM) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35137 | 439878 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 19mm (VARIAÇÃO + OU - 2MM), estéril. Aplicação: punção de cateter totalmente implantável. Composição: agulha biselada do tipo Huber com dispositivo de segurança, conforme NR 32. Em aço inoxidável, cânula que propicie fácil penetração e mantenha a integridade da membrana. Extensor confeccionado em material compatível com quimioterápicos. Tamanho/capacidade: 20GX 19mm (permitido variação de + ou - 2mm). Características adicionais: atóxica, apirogênica, descartável, com dispositivo que permita fixação segura. Extensor com conector luer lock, transparente e flexível e pinça de fechamento. Cores diferenciadas para identificar o gauge de cada agulha. Esterilizado em óxido de etileno. Prazo de validade: acima de 75% da data de fabricação. Embalagem: em papel grau cirúrgico ou similar que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até seu uso. Embalagens individuais acondicionadas em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Trata-se de insumos indispensáveis para o preparo e administração de medicamentos, como quimioterápicos, hormônios, antibióticos, analgésicos, além de dietas enterais e parentais, podendo ser usados também na realização de alguns procedimentos médicos. A sua aquisição visa abastecer a Rede SES/DF em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até serviços de alta complexidade.<br>AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL – Trata-se da aquisição de agulha necessária para realização da punção de cateter totalmente implantável. O cateter totalmente implantado visa estabelecer um acesso venoso de grande calibre, necessário à administração de eletrólitos, drogas quimioterápicas e outras soluções por tempo prolongado. Tem como vantagem preservar a rede venosa periférica, devido às múltiplas punções e à ação irritante e vesicante dos quimioterápicos antineoplásicos.<br>As agulhas para punção são dispositivos agulhados específicos para punção do cateter e indispensáveis para administração de medicamentos e outras soluções. A ausência deste dispositivo impossibilita a utilização do cateter em pacientes oncológicos, trazendo prejuízos para o usuário ao aumentar o risco de infecções, comprometimento da rede venosa e até mesmo, impossibilitando a administração de medicamentos em pacientes com a rede venosa já comprometida. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Agulha em aço inoxidável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extensor compatível com quimioterápicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extensor com conector "Luer Lock" e pinça de fechamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Agulha biselada do tipo Huber | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona fácil penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui dispositivo de segurança, conforme NR 32 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da membrana durante a penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 25MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35138 | 439877 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 25mm (VARIAÇÃO DE + OU - 2 MM), estéril. Aplicação: punção de cateter totalmente implantável. Composição: agulha biselada do tipo Huber com dispositivo de segurança, conforme NR 32. Em aço inoxidável, cânula que propicie fácil penetração e mantenha a integridade da membrana. Extensor confeccionado em material compatível com quimioterápicos. Tamanho/capacidade: 20GX 25mm (permitido variação de + ou - 2 mm). Características adicionais: atóxica, apirogênica, descartável, com dispositivo que permita fixação segura. Extensor com conector luer lock, transparente e flexível e pinça de fechamento. Cores diferenciadas para identificar o gauge de cada agulha. Esterilizado em óxido de etileno. Prazo de validade: acima de 75% da data de fabricação. Embalagem: em papel grau cirúrgico ou similar que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até seu uso. Embalagens individuais acondicionadas em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Trata-se de insumos indispensáveis para o preparo e administração de medicamentos, como quimioterápicos, hormônios, antibióticos, analgésicos, além de dietas enterais e parentais, podendo ser usados também na realização de alguns procedimentos médicos. A sua aquisição visa abastecer a Rede SES/DF em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até serviços de alta complexidade.<br>AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL – Trata-se de agulha necessária para realização da punção de cateter totalmente implantável. O cateter totalmente implantado visa estabelecer um acesso venoso de grande calibre, necessário à administração de eletrólitos, drogas quimioterápicas e outras soluções por tempo prolongado. Tem como vantagem preservar a rede venosa periférica, devido às múltiplas punções e à ação irritante e vesicante dos quimioterápicos antineoplásicos.<br>As agulhas para punção são dispositivos agulhados específicos para punção do cateter e indispensáveis para administração de medicamentos e outras soluções. A ausência deste dispositivo prejudica a utilização do cateter em pacientes oncológicos, trazendo prejuízos para o usuário ao aumentar o risco de infecções, comprometimento da rede venosa e até mesmo, impossibilitando a administração de medicamentos em pacientes com a rede venosa já comprometida. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilidade / validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Agulha em aço inoxidável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extensor compatível com quimioterápicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Extensor com conector "Luer Lock" e pinça de fechamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Agulha biselada do tipo Huber | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona fácil penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui dispositivo de segurança, conforme NR 32 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da membrana durante a penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | PROTETOR DE PELE EM PÓ, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 22802 | 477275 | | | X | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | PROTETOR DE PELE EM PÓ, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: proteção e regeneração da pele e absorção de umidade. Material: substância granular de partículas em pó, composta por pelo menos dois desses componentes: carboximetilcelulose sódica, gelatina, goma guar, goma xantana e pectina. Tamanho/Capacidade: tubo ou frasco com peso mínimo de 5 (cinco) gramas. Apresentação: embalagem individual, em tubo ou frasco, com peso mínimo de 5 (cinco) gramas. Unidade de Estoque: grama (GR). |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>PROTETOR DE PELE EM PÓ – Indicado para tratamento de dermatites úmidas em pele peri estoma macerada. Mostra-se eficaz na absorção de umidade, exsudatos e efluentes, mantendo a pele seca e cicatrizando as lesões. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR DE PELE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Apresentação: ☐ Pó ☐ Pasta ☐ Placa Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa que permita o uso fracionado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênco | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Durabilidade Compatível com a clínica do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade ou oferece melhora da pele periostomal após a utilização. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção à pele do peristoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PASTA PROTETORA DE PELE COM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 22700 | 477277 | | | X | | | |
| Descrição Completa | PASTA PROTETORA DE PELE COM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: proteção da pele periestomal, preenchimento de pregas e/ou cavidades, aumentar a fixação e o tempo de uso do dispositivo. Material: pasta protetora em resina sintética composta pelo menos três desses agentes: éter Butílico do Copolímero PVM/MA e/ou Álcool N-Butílico e/ou álcool isopropílico, Pectina, Polisorbato 20, Carboximetilcelulose, Fibras de Polietileno, Sílica, Alantoína, Metilparabeno, vinil éter, polivinilpirrolidona/vinil acetato (PVP/VA), propilenoglicol, dióxido de silício, goma guar, água desmineralizada e gelatina. Características Adicionais: tubo/bisnaga com no mínimo de 55g. Apresentação: embalagem individual, acondicionadas em caixa. Unidade de Estoque: grama (GR). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>PASTA PROTETORA DE PELE – É indicada para o uso na pele periestoma como barreira protetora a fim de aumentar a capacidade de absorção do efluente e reduzir o risco de irritação da pele causada pelos efluentes. É utilizada para proteger a pele exposta ao redor da base do estoma e do orifício da placa protetora além de preenchimento de dobras na pele e superfícies cutâneas irregulares. Pode ser usada em colostomias, ileostomias e urostomias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR DE PELE<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Apresentação: ☐ Pó ☐ Pasta ☐ Placa Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa que permita o uso fracionado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênco | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Durabilidade Compatível com a clínica do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade ou oferece melhora da pele periostomal após a utilização. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção à pele do peristoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | PASTA PROTETORA DE PELE EM TIRA, SEM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 22964 | 477281 | | | X | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | PASTA PROTETORA DE PELE EM TIRA, SEM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: proteger a pele periestoma, preencher pregas e/ou cavidades, aumentar a fixação e o tempo de uso do dispositivo. Material: pasta protetora em resina sintética, composta por carboximetilcelulose sódica, gelatina, goma guar, óxido de zinco, pectina, estireno-isopreno-estireno (SIS), colpolímero de isobutileno-buteno e propileno-etileno e cera parafina. Tamanho/Capacidade: tiras de no mínimo 6 gramas. Características Adicionais: não alcoólica, em tiras em forma de blister de no mínimo 6 gramas cada, não provocar ardência na pele, maleável, de fácil manuseio e remoção. Apresentação: acondicionadas em caixa com no mínimo 5(cinco) tiras, embaladas individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>PASTA PROTETORA DE PELE – É indicada para o uso na pele periestoma como barreira protetora a fim de aumentar a capacidade de absorção do efluente e reduzir o risco de irritação da pele causada pelos efluentes. É utilizada para proteger a pele exposta ao redor da base do estoma e do orifício da placa protetora além de preenchimento de dobras na pele e superfícies cutâneas irregulares. Pode ser usada em colostomias, ileostomias e urostomias. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR DE PELE<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Apresentação: ☐ Pó ☐ Pasta ☐ Placa Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa que permita o uso fracionado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênco | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Durabilidade Compatível com a clínica do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade ou oferece melhora da pele periostomal após a utilização. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção à pele do peristoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | PLACA PROTETORA DE PELE PERIESTOMA 15 CM x 15 CM, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91758 | 0357030 | | | X | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | PLACA PROTETORA DE PELE PERIESTOMA 15 CM x 15 CM, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: Proteção da pele, absorção de secreções e exsudato. Material: placa com barreira protetora de pele em resina sintética composta de carboximetilcelulose sódica, dióxido de titânio, estireno-isopreno-estireno (SIS), gelatina e/ou pectina. Características Adicionais: placa auto adesiva, elástica, fina, não estéril. Unidade de Estoque: unidade (UN). Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixa |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>PLACA PROTETORA DE PELE PERIESTOMA – Utilizadas em estomias em que o efluente drenado é líquido e provoca umidade excessiva. Deve ser utilizada sob a base adesiva do equipamento coletor para preservar a integridade da pele que, na presença da umidade, pode macerar. Além disso, ela aumenta a durabilidade do dispositivo coletor evitando trocas excessivas. A presença da placa, nos casos indicados, promove uma superfície pronta e um ajuste preciso para a aplicação do equipamento coletor. Ademais, a placa protetora pode auxiliar no processo de cicatrização da pele periestoma já anteriormente lesionada por vazamentos de efluentes recuperando a pele danificada. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR DE PELE<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Apresentação: ☐ Pó ☐ Pasta ☐ Placa Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa que permita o uso fracionado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênco | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Durabilidade Compatível com a clínica do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade ou oferece melhora da pele periostomal após a utilização. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção à pele do peristoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | PROTETOR DE ESTOMA ADULTO, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 890 | 0401957 | | | X | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | PROTETOR DE ESTOMA ADULTO, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: proteção do estoma e absorção de efluentes. Material: protetor plástico, com base adesiva e protetora de em resina sintética, composta de carboximetilcelulose, gelatina e/ou pectina. Tamanho/Capacidade: diâmetro recortável entre 19 mm a 50 mm. Características Adicionais: protetor absorvente, macio, opaco, atóxico, hipoalergênico,filtro antiodor acoplado com proteção que não permita contato com líquidos e/ou efluentes. Apresentação: caixa com 30 unidades, embaladas individualmente. Unidade de Estoque: unidade (un), Código SES: 0890 |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>PROTETOR DE ESTOMA ADULTO – É um dispositivo utilizado para uso em fístula mucosa especificamente em porções com drenagem apenas de muco. E em caso de indivíduos em uso do sistema de irrigação de colostomia quando o mesmo não tolera o oclusor. Possui filtro para neutralizar odores, adesivo espiral para aderência segura à pele acoplado a uma mini bolsa de segurança caso haja saída de pequenas quantidades de efluentes. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR DE PELE<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Apresentação: ☐ Pó ☐ Pasta ☐ Placa Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa que permita o uso fracionado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênco | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Durabilidade Compatível com a clínica do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade ou oferece melhora da pele periostomal após a utilização. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção à pele do peristoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA DE IRRIGAÇÃO PARA COLOSTOMIA, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 894 | 402087 | | | X | | | |
| Descrição Completa | SISTEMA DE IRRIGAÇÃO PARA COLOSTOMIA, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: irrigação e controle da eliminação intestinal. Material: Kit composto de: 1 (uma)Bolsa irrigadora plástica para reservatório líquido. 1(um) Cone/colo tip, anatômico de silicone, compatível com a abertura do estoma, flexível, suave, confortável e removível; 2 (duas) Mangas de Irrigação - Confeccionadas em plástico antiodor, transparente e drenavél; 1 (um) Suporte de cinto - Confeccionado em PVC, flexível, aro compatível com a manga de irrigação. Tamanho/Conteúdo: Bolsa/irrigador com capacidade volumétrica até 2.000 ml com graduação em ml. Mangas de irrigação de comprimento mínimo de 80 cm, flange/aro, uma de 50 mm e uma de 60 mm, 1 (um) Suporte de cinto tamanho da flange/aro compatível com as mangas de irrigação. Características Adicionais: Bolsa/irrigador para líquido graduada em ml, que favoreça a visualização e leitura do nível da água, com alça transparente para fixação de suporte, condutor de fluxo com regulador integrado, suave, de fácil manuseio, que permita controle do fluxo de líquido e entrada de ar. Cone removível e que favoreça a higienização. Manga de Irrigação com abertura na parte inferior com clip incorporado, que possa proporcionar vedação segura e abertura na parte inferior, não estéril. Apresentação: acondicionado em caixa contendo 1 kit completo. Unidade de Estoque: KIT (kt), Código SES: 0894. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>SISTEMA DE IRRIGAÇÃO PARA COLOSTOMIA – É um método usado para regulação da atividade intestinal da pessoa colostomizada. Isto é possível através de uma lavagem intestinal realizada por meio da estomia, com intervalos regulares, introduzindo-se um volume líquido planejado no intestino grosso, sendo a água, à temperatura corporal, o mais comumente utilizado. O procedimento de irrigação tem como finalidade básica o treinamento do intestino grosso para eliminar o conteúdo fecal em horário planejado, ou seja, uma vez ao dia ou a cada dois dias, fazendo com que as pessoas com colostomias a esquerda se isentem da preocupação com a troca do equipamento coletor por um período e tenham uma qualidade de vida melhor. Em síntese, a introdução de água promove uma limpeza de todo o cólon e possibilita o controle da eliminação de fezes e gazes por um período regular. Trata-se de um procedimento mecânico que pode perfeitamente ser realizado pelo paciente em sua residência após orientação bem conduzida por profissional.<br>É indicado para usuários que possuem colostomia abdominal e perineal de categoria definitiva, dentre outros critérios avaliados na consulta de enfermagem prévia. O uso do sistema também diminui o consumo de equipamentos coletores. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo | NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA DE IRRIGAÇÃO DE COLOSTOMIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Contém bolsa plástica para irrigação, graduada, transparente com indicador de temperatura e capacidade para 2000 ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cone de silicone, anatômico, compatível com a abertura do estoma, maleável e macio. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O encaixe cone – bolsa de irrigação é de fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Mangas de irrigação apresentam comprimento mínimo de 80cm. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Mangas de irrigação apresentam diâmetro de 60mm na extremidade de conexão com o cone | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Contém suporte para cinto elástico com presilha para fechamento na manga | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Contém cinto elático | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Contém tubo/extensão de plástico transparente com pinça para controle do fluxo de água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Pinça para controle do fluxo de água apresenta fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Justificativa e Observação: _____ | | |
| 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 881 | 0401778 | | | X | | | |
| Descrição Completa | OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: proteção e oclusão do estoma. Material: oclusor de estoma com base adesiva e protetora de pele em resina sintética, composta de carboximetilcelulose sódica, associada à gelatina e/ou pectina e cilindro de espuma de poliuretano de cerdas abertas comprimidas por película hidrossolúvel. Tamanho/Capacidade: cilindro de espuma com comprimento de 45 mm e diâmetro pré cortado de 45 mm. Características Adicionais: sistema de uma peça, com proteção que não permita contato com líquidos e/ou efluentes, cilindro de espuma suave e flexível, com filtro antiodor acoplado. Apresentação: acondicionados em caixa com 10 unidades, embalados individualmente. Unidade de Estoque: unidade (un), Código SES: 0881 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>OBTURADOR DE COLOSTOMIA – É um equipamento utilizado em pessoas que tem controle intestinal de uma ou duas evacuações dia ou que fazem uso do sistema de irrigação para colostomia. Trata-se de um dispositivo oclusor utilizado no orifício de abertura do estoma para controlar a eliminação de fezes ou fazer a continência intermitente da colostomia, muito utilizada depois da realização de irrigação da colostomia. Utilizado em substituição ao equipamento coletor para bloquear o efluente de maneira efetiva. Representa um importante avanço para qualidade de vida das pessoas com colostomia esquerda facilitando-lhes a convivência com o estoma. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE OBTURADOR DE COLOSTOMIA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 35mm □ 45mm Nº de Amostras:_____ | | |
| | **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção e oclusão do estoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui base adesiva composta por carboximetilcelulose sódica associada à gelatina e/ou pectina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui cilindro de espuma com o comprimento indicado. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta filtro de antiodor acoplado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | OBTURADOR PARA COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 35 MM, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 871 | 0401777 | | | X | | | |
| Descrição Completa | OBTURADOR PARA COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 35 MM, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: proteção e oclusão do estoma. Material: oclusor de estoma com base adesiva e protetora de pele em resina sintética, composta de carboximetilcelulose sódica, associada à gelatina e/ou pectina e cilindro de espuma de poliuretano de cerdas abertas comprimidas por película hidrossolúvel. Tamanho/Capacidade: cilindro de espuma com comprimento de 35 mm e diâmetro pré cortado de 45 mm. Características Adicionais: sistema de uma peça, com proteção que não permita contato com líquidos e/ou efluentes, cilindro de espuma suave e flexível, com filtro antiodor acoplado. Apresentação: acondicionadados em caixa com 10 unidades, embalados individualmente. Unidade de Estoque: unidade (un), Código SES: 0871 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>OBTURADOR DE COLOSTOMIA – É um equipamento utilizado em pessoas que tem controle intestinal de uma ou duas evacuações dia ou que fazem uso do sistema de irrigação para colostomia. Trata-se de um dispositivo oclusor utilizado no orifício de abertura do estoma para controlar a eliminação de fezes ou fazer a continência intermitente da colostomia, muito utilizada depois da realização de irrigação da colostomia. Utilizado em substituição ao equipamento coletor para bloquear o efluente de maneira efetiva. Representa um importante avanço para qualidade de vida das pessoas com colostomia esquerda facilitando-lhes a convivência com o estoma. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE OBTURADOR DE COLOSTOMIA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____ | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho: □ 35mm □ 45mm Nº de Amostras:_____ | | |
| | **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Especificações compatíveis com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção e oclusão do estoma | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui base adesiva composta por carboximetilcelulose sódica associada à gelatina e/ou pectina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui cilindro de espuma com o comprimento indicado. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta filtro de antiodor acoplado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação e remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | CINTO ELÁSTICO ADULTO, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 203411 | 454800 | | | X | | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CINTO ELÁSTICO ADULTO, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: suporte para bolsas de estomia. Material: confeccionado em algodão, rayon e/ou nylon ajustável, resistente, reutilizável, com presilha reguladora de comprimento. Tamanho/Capacidade: comprimento mínimo de 66 cm e largura mínima de 2,5 cm. Características Adicionais: compatível com bolsas de 1 e 2 peças, antialérgico, que garanta conforto e segurança, não estéril. Apresentação: embalagem plástica individual. Unidade de Estoque: unidade (un). Código SES: 203411 |
| Informação extra para justificativa da contratação | INSUMOS PARA ESTOMIAS E ADJUVANTES<br>Estomias são derivações intestinais ou urinárias que em relação ao tempo podem ser temporárias ou permanentes. Sabe-se que são originadas do tratamento de determinadas doenças ou de traumas e seus dados epidemiológicos não estão disponíveis em um único banco de dados.<br>Algumas informações indiretas são provenientes dos dados epidemiológicos das causas das estomias, como as neoplasias malignas (em particular a colorretal e a vesical), as doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica) e os traumas ou causas externas (acidente de trânsito, empalhamento e ferimento por arma branca ou de fogo). As causas determinam quase sempre o tipo e o caráter da estomia. Desse modo, a maioria dos estudos evidencia a predominância inequívoca de colostomia em caráter definitivo, independentemente da idade e do sexo.<br>Uma das fases importantes do cuidado a pessoa com estoma é o acesso a materiais de boa qualidade e em quantidade adequada. Para isso, os equipamentos coletores e produtos adjuvantes são indispensáveis para o funcionamento, manutenção, prevenção e tratamento de possíveis complicações, garantindo a pessoa com estomia a readaptação as atividades de vida diária com conforto e segurança.<br>Assim, o custo com equipamentos coletores e outros adjuvantes utilizados na pele periestoma podem reduzir os custos do tratamento, evitar hospitalização e minimizar os prejuízos causados à saúde da pessoa com estomia.<br>CINTO ELÁSTICO – É um produto acessório que promove segurança e conforto à pessoa com estomia. São utilizados como acessório para o equipamento coletor de duas peças para auxiliar na fixação e são compatíveis com os sistemas de 1 e 2 peças convexo. Tem o objetivo de aumentar a segurança na fixação e a durabilidade do equipamento coletor. É ajustável, reutilizável e lavável. Adapta-se perfeitamente ao corpo do paciente e evita a sensação de que a base adesiva possa se desprender da pele. Trata-se de um insumo essencial para uso nos equipamentos convexos destinados aos estomas retraídos e mal localizados auxiliando na manutenção da base adesiva. Visa atender adultos com estomias atendidos na rede de saúde SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CINTO ELÁSTICO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com solicitado (comprimento mínimo: 66cm e largura mínima: 2,5cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Compatível com bolsas de 1 e 2 peças | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece para fixação e durabilidade do equipamento coletor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material antialérgico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Reutilizável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ajustável e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Presilha reguladora de comprimento resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança e conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | FRASCO COLETOR DE SECREÇAO BIOLÓGICA, 50 A 120 ML, 2 VIAS , ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35116 | 436316 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | Frasco coletor de secreção biológica , 50 a 120mL, transparente, rígido, graduado no máximo a cada 10 mL, descartável, com tampa de oclusão hermética em polipropileno, 2 vias. Frasco atóxico, em PVC cristal. Extensão em PVC atóxico ou silicone, de aproximadamente 20 cm. Alça para sustentação. Adaptador de polipropileno fixado na tampa. 2 vias, com entrada e saída para aspiração. Estéril; esterilizado em óxido de etileno. Prazo de validade mínimo de 12 meses. APLICAÇÃO: utilizado na coleta de secreção biológica e lavado brônquico. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FRASCO COLETOR DE SECREÇAO BIOLÓGICA, ESTÉRIL – Frasco coletor de 50ml a 120ml é utilizado para coleta asséptica de material das vias aéreas ou sistema digestivo. Indicado para coleta de material a fim de diagnosticar micro-organismos que estejam colonizando ou infectando feridas ou órgãos. O sistema fechado permite a coleta em técnica asséptica, diminuindo a incidência de amostras contaminadas e, por conseguinte, o uso de terapêutica inadequada. Pode ser utilizado em diversos níveis de atenção, porém, seu maior consumo ocorre nas unidades hospitalares da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FRASCO COLETOR PARA SECREÇÃO BIOLÓGICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Volume: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Frasco em PVC, 2 vias | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Extensor de aproximadamente 20 cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Sistema fechado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Graduação visível e de fácil leitura no máximo a cada 10ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alça de sustentação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa conexão ao sistema de vácuo e sondas de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove boa sucção de secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite execução da técnica asséptica para coleta de secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado após a coleta, evitando a contaminação da amostra. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | COLETOR DE SECREÇÃO PARA DRENAGEM DE GRANDES CAVIDADES, USO EXCLUSIVO NO CENTRO CIRÚRGICO E NO CENTRO OBSTÉTRICO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35935 | 436507 | | | | X | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | COLETOR DE SECREÇÃO PARA DRENAGEM DE GRANDES CAVIDADES, USO EXCLUSIVO NO CENTRO CIRÚRGICO E NO CENTRO OBSTÉTRICO. Frasco reservatório em PVC rígido, graduado, capacidade de no mínimo 3 litros, com tampa rosca, extensões em PVC com pinça corta-fluxo, em duas vias vácuo e paciente, válvula anti-refluxo, com filtro bacteriológico, produto de uso único e descartável. Características adicionais: produto não estéril, uso único e descartável. Embalagem única. |
| Informação extra para justificativa da contratação | COLETOR DE SECREÇÃO PARA DRENAGEM DE GRANDES CAVIDADES – São frascos destinados para execução de drenagens ou aspiração de secreções e substâncias líquidas corporais. Utilizados em cirurgias realizadas por todas as especialidades médicas existentes na SES/DF. O dispositivo permite a troca de frascos a cada paciente garantindo técnica asséptica nas cirurgias, prevenção de complicações relacionadas a infecção do sítio cirúrgico, diminuição do risco de contaminação dos profissionais assistentes ao manipularem as secreções biológicas aspiradas, proteção da rede de vácuo e gerenciamento adequado dos resíduos. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COLETOR DE SECREÇÃO DE GRANDES CAVIDADES | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua desde a fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Frasco em PVC rigido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Capacidade mínima de 3 litros | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Sistema fechado com filtro bacteriológico e válvula anti-refluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduação visível e de fácil leitura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2 Extensões em PVC com pinça corta-fluxo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite boa conexão ao sistema de vácuo e sondas de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove boa sucção de secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece descarte adequado de resíduos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa vedação com tampa rosca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35105 | 440037 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL para aspiração de vias aéreas, com tampa rosqueada autovedante. Descartável. Tipo sistema fechado. Acompanha tubos extensores. APLICAÇÃO: Utilizado para aspiração de secreção de vias aéreas adaptável a rede canalizada de vácuo, tipo beira leito. COMPOSIÇÃO: frasco em PVC cristal e 2 extensores em PVC ou silicone atóxico, medindo de 1,2 m a 2,5 m. TAMANHO/CAPACIDADE: frasco de 1000mL graduado volumetricamente a cada 50 ou 100mL. CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: frascos com aças de sustentação, transparência que permita a visualização da secreção, pinça/clamp corta fluxo e tampa na extremidade proximal. Do tipo 02 vias, com conexões para vacuômetro e paciente. Sistema fechado que ofereça segurança durante o manuseio e uso, que evite transbordamento da secreção e que proporcione segurança para a rede de vácuo e para os profissionais. PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO: não estéril. PRAZO DE VALIDADE: mínima de 12 meses. EMBALAGEM: embalagem reforçada que ofereça proteção ao produto, assegurando a integridade do produto até o momento do uso. |
| Informação extra para justificativa da contratação | FRASCO COLETOR PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS – Trata-se de um frasco conectado ao sistema de vácuo para coletar secreções de vias áreas em pacientes hospitalizados. Seu uso é indispensável para realizar a aspiração de secreções líquidas ou espessas das vias aéreas superiores ou inferiores.<br>A aspiração de secreções é indicada para pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz, quadro de caquexia, em crianças por não terem a compreensão necessária sobre expectoração e para pacientes intubados e traqueostomizados uma vez que, a presença de secreção traqueal promove queda da saturação de oxigênio, resistência aumentada ao ventilador mecânico e, por conseguinte, desconforto ventilatório ao paciente.<br>Os frascos de PVC atendem a NR32 que versa sobre a segurança do profissional de saúde. Por possuírem sistema fechado, diminuem o risco de contaminação ocupacional por evitar o contato com secreções biológicas. Ademais são substitutos dos frascos de vidro que anteriormente eram submetidos à lavagem pelo profissional de Enfermagem, aumentando o risco de acidentes ocupacionais. Utilizados em diversas unidades de internação, porém, seu maior consumo ocorre nas UTI, onde o procedimento de aspiração de vias aérea é comum, fazendo parte da rotina diária destas unidades. A aquisição visa atender a demanda da rede SES/DF, principalmente as unidades hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento. A ausência pode impossibilitar a admissão de pacientes em unidades de internação e UTI, ocasionando o fechamento de leitos ativos, haja vista que materiais para aspiração traqueal em sistemas abertos e fechado são recursos materiais que constam na RDC 07/2010 da ANVISA que dispões sobre requisitos mínimos para funcionamento de UTI. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FRASCO COLETOR PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS – DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Volume: _____Nº de Amostras:____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem:<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade desde a fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade (mínima de 12 meses) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Frasco em PVC, 2 vias em sistema fechado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa rosqueada autovedante que permite fechamento hermético | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impede vazamento das secreções coletadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha tubos extensores em PVC ou silicone atóxico, medindo 1,2 a 2,5 m | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sistema transparente que permita a visualização das secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite adaptação à rede canalizada de vácuo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação visível e de fácil leitura a cada 50ml ou 100ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alça de sustentação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa conexão ao sistema de vácuo e sondas de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove boa sucção de secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite o descarte de modo seguro, sem vazamentos. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Evita contaminação da rede de vácuo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para os profissionais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Setor:_____ Data:_____Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FRASCO COLETOR, 500 A 600 ML, PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, DESCARTÁVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35107 | 438390 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | FRASCO COLETOR, 500 A 600 ML, PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, DESCARTÁVEL para aspiração de vias aéreas, descartável, com tampa rosqueada autovedante. Descartável. Tipo sistema fechado. Acompanha tubos extensores. APLICAÇÃO: Utilizado para aspiração de secreção de vias aéreas adaptável a rede canalizada de vácuo, tipo beira leito. COMPOSIÇÃO: frasco em PVC cristal e 2 extensores em PVC ou silicone atóxico, medindo de 1,2 m a 2,5 m. TAMANHO/CAPACIDADE: frasco de 500 a 600 mL graduado volumetricamente a cada 50 ou 100mL. CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: frascos com aças de sustentação, transparência que permita a visualização da secreção, pinça/clamp corta fluxo e tampa na extremidade proximal. Do tipo 02 vias, com conexões para vacuômetro e paciente. Sistema fechado que ofereça segurança durante o manuseio e uso, que evite transbordamento da secreção e que proporcione segurança para a rede de vácuo e para os profissionais. PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO: não estéril. PRAZO DE VALIDADE: mínima de 12 meses. EMBALAGEM: embalagem reforçada que ofereça proteção ao produto, assegurando a integridade do produto até o momento do uso. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FRASCO COLETOR PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS – Trata-se de um frasco conectado ao sistema de vácuo para coletar secreções de vias áreas em pacientes hospitalizados. Seu uso é indispensável para realizar a aspiração de secreções líquidas ou espessas das vias aéreas superiores ou inferiores. A aspiração de secreções é indicada para pacientes impossibilitados de remover e eliminar secreções por fatores como alteração do nível de consciência, falência da musculatura diafragmática e intercostal, tosse ineficaz, quadro de caquexia, em crianças por não terem a compreensão necessária sobre expectoração e para pacientes intubados e traqueostomizados uma vez que, a presença de secreção traqueal promove queda da saturação de oxigênio, resistência aumentada ao ventilador mecânico e, por conseguinte, desconforto ventilatório ao paciente.<br>Os frascos de PVC atendem a NR32 que versa sobre a segurança do profissional de saúde. Por possuírem sistema fechado, diminuem o risco de contaminação ocupacional por evitar o contato com secreções biológicas. Ademais são substitutos dos frascos de vidro que anteriormente eram submetidos à lavagem pelo profissional de Enfermagem, aumentando o risco de acidentes ocupacionais. Utilizados em diversas unidades de internação, porém, seu maior consumo ocorre nas UTI, onde o procedimento de aspiração de vias aérea é comum, fazendo parte da rotina diária destas unidades. A aquisição visa atender a demanda da rede SES/DF, principalmente as unidades hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento. A ausência pode impossibilitar a admissão de pacientes em unidades de internação e UTI, ocasionando o fechamento de leitos ativos, haja vista que materiais para aspiração traqueal em sistemas abertos e fechado são recursos materiais que constam na RDC 07/2010 da ANVISA que dispões sobre requisitos mínimos para funcionamento de UTI. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FRASCO COLETOR PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS – DESCARTÁVEL</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Volume: _____Nº de Amostras:____ | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo sua integridade desde a fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade (mínima de 12 meses) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Frasco em PVC, 2 vias em sistema fechado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tampa rosqueada autovedante que permite fechamento hermético | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impede vazamento das secreções coletadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha tubos extensores em PVC ou silicone atóxico, medindo 1,2 a 2,5 m | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sistema transparente que permita a visualização das secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite adaptação à rede canalizada de vácuo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação visível e de fácil leitura a cada 50ml ou 100ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alça de sustentação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa conexão ao sistema de vácuo e sondas de aspiração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove boa sucção de secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite o descarte de modo seguro, sem vazamentos. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Evita contaminação da rede de vácuo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece segurança para os profissionais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Setor:_____<br>Data:_____Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |

| | |
|---|---|
| para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COLETOR DE URINA ABERTO ADULTO, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91090 | 0419399 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | COLETOR DE URINA ABERTO ADULTO, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: coletar diurese. Material: saco plástico transparente atóxico, Tamanho/Capacidade: 2.000 ml. Características Adicionais: sistema aberto descartável, unissex, com graduação de 100 em 100 ml que apresente a primeira graduação em 50 ml, corda para fechamento do saco coletor e local para identificação do paciente, que permita o uso da caneta esferográfica, não estéril. Apresentação: acondicionadas em embalagem plástica com 100 unidades. Unidade de Estoque: unidade (un). Código SES: 91090. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COLETOR DE URINA ABERTO – Trata-se de um saco coletor graduado destinado para drenagem e coleta de urina em pacientes adulto e pediátrico em sistema aberto. Tem como finalidade obter um controle aproximado do débito urinário, bem como coleta de amostra para exames laboratoriais que não exijam esterilidade da amostra. O coletor pediátrico possui adesivo para permitir a adaptação e coleta em crianças que não possuem controle esfincteriano. Utilizados em todos os níveis de atenção da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COLETOR DE URINA ABERTO - ADULTO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Volume: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Saco plástico transparente atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho e capacidade de 2.000 ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Graduação visível e de fácil leitura de no mínimo a cada 100ml com a primeira graduação de no mínimo 50ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Corda resistente que permita a fixação ao leito e suporte o armazenamento de | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | fluidos e secreções. | | |
| | Corda permite o fechamento da bolsa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Local destinado para identificação com caneta esferográfica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COLETOR DE URINA ABERTO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91091 | 0419390 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | COLETOR DE URINA ABERTO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: coletar diurese. Material: saco plástico transparente atóxico resistente e maleável. Tamanho/Capacidade: capacidade de 100 ml. Características adicionais: sistema aberto, descartável, unissex, com graduação de 10 ml em 10 ml, com abertura abaulada na parte superior do coletor, acima da coluna de graduação, medindo aproximadamente 2,5 x 4,0 cm, parte adesiva não se desprenda do coletor, não deixe residuos na pele , proteção do adesivo desprenda com facilidade da parte aderente do coletor, local para identificação do paciente , não estéril. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: unidade (un). Código SES: 91091. BR0419390 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COLETOR DE URINA ABERTO – Trata-se de um saco coletor graduado destinado para drenagem e coleta de urina em pacientes adulto e pediátrico em sistema aberto. Tem como finalidade obter um controle aproximado do débito urinário, bem como coleta de amostra para exames laboratoriais que não exijam esterilidade da amostra. O coletor pediátrico possui adesivo para permitir a adaptação e coleta em crianças que não possuem controle esfincteriano. Utilizados em todos os níveis de atenção da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COLETOR DE URINA ABERTO – INFANTIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Volume: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Saco plástico transparente atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho e capacidade para 100 ml conforme descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Unissex | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Graduação visível e de fácil leitura de no mínimo a cada 10ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura abaulada na parte superior do coletor que permita adaptação à genitália do paciente (aproximadamente 2,5 x 4 cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Adesivo que não se desprende do coletor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Adesivo que não deixa resíduo na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil colocação e retirada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proteção do adesivo de fácil retirada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Local para identificação do paciente que permite uso de caneta esferográfica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Local destinado para identificação com caneta esferográfica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91092 | 0419371 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO, ESTÉRIL. Aplicação: drenagem de urina através de uma sonda vesical. Tamanho/Capacidade: 2000 ml, tubo de drenagem com no mínimo 105 cm de comprimento, bolsa coletora com face posterior branca e anterior transparente, resistente, selagem segura, graduação mínima a cada 100ml, escala de graduação inferior para volumes menores que 100ml, válvula anti-refluxo, conector universal protegido com tampa, pinça ajustável ao longo do tubo, local para coleta de amostra com membrana autovedável, suporte para fixação da bolsa ao leito, tubo de esvaziamento com sistema prático, fixado à bolsa. Clamp de fechamento firme, seguro ao manuseio e que não permita vazamentos. Apresentação: embalagem individual estéril. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COLETOR DE URINA POR SISTEMA FECHADO – Trata-se de um sistema fechado de drenagem indispensável para pacientes com sondagem vesical de demora. Consiste em um tubo de conexão e uma bolsa coletora estéril que deverá ser conectada à sonda vesical de demora para permitir a armazenamento, drenagem e controle da diurese de forma estéril, permitindo o esvaziamento através de uma valva de drenagem. Utilizados em todos os níveis de atenção da rede SES/DF, principalmente em unidades hospitalares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Volume: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade da fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lado posterior branco e anterior transparente que permita a visualização da drenagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho e capacidade para 2.000 ml conforme descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Dispositivo para coleta de amostra com membrana autovedável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Flexibilidade e resistência satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação visível e de fácil leitura de no mínimo a cada 100ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Graduação para volumes menores que 100ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de defeitos e/ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor transparente com no mínimo 105cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta conectora com tampa protetora | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite perfeita adaptação à sonda Foley (silicone ou látex) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Clamp ajustável ao longo do tubo que permita a interrupção da drenagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alça de sustentação adequada e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | valva que permita o esvaziamento total da bolsa coletora | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Local para identificação do paciente que permita uso de caneta esferográfica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (COMPLETO), ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91103 | 0398570 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (COMPLETO), ESTÉRIL. Aplicação: drenagem de urina para pacientes com incontinência urinária. Material: Composto por preservativo masculino tipo condon de látex de alta resistência, tubo extensor de vinil. Tamanho/Capacidade: Tubo extensor de no mínimo 1 m de comprimento com diâmetro interno de 4 mm, preservativo tamanho padrão. Características Adicionais: dispositivo para incontinência urinária masculina, preservativo em látex conectado ao tubo extensor isento de substâncias tóxicas e/ou irritantes, deve apresentar no ponto de junção do tubo extensor com o preservativo, boa fixação, de forma que não desprenda com o manuseio e/ou durante o uso, estéril. Apresentação: acondicionado em embalagem plástica individual que garanta a esterilidade. Unidade de Estoque: unidade (un), Código SES: 91103. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (COMPLETO) – Trata-se de um dispositivo destinado para drenagem e coleta de urina em pacientes adultos do sexo masculino acometidos de incontinência urinária e/ou hospitalizados que necessitam de controle aproximado do débito urinário. Composto por um adaptador peniano (preservativo de látex) e uma extensão em tubo flexível que permite adequada drenagem de urina para um saco coletor aberto. A aquisição visa atender a demanda da rede SES/DF, abastecendo as unidades básicas e hospitalares, bem como o serviço de atenção domiciliar. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA, ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta evidências claras de que foi aberto, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade da fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Preservativo masculino em látex e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de defeitos e/ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor transparente com no mínimo 100cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tubo extensor com diâmetro interno de 4mm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SONDA INTESTINAL PARA INCONTINÊNCIA FECAL ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 32454 | 446253 | | | | X | | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SONDA INTESTINAL PARA INCONTINENCIA FECAL ESTERIL. Aplicação: manejo de pacientes com evacuações líquidas e/ou pastosa. Composição: cateter de silicone flexível com ponteira moldada em forma de balonete inflável com capacidade para 45 ml. Capacidade: bolsa descartável transparente com válvula anti-refluxo, graduada, com capacidade para 1000ml. Características adicionais: válvula do tipo luer lock na via para insuflar o balonete. Apresentação: embalagem individual. |
| Informação extra para justificativa da contratação | SONDA INTESTINAL PARA INCONTINÊNCIA FECAL ESTÉRIL – Trata-se de um dispositivo cuja finalidade é drenar/coletar as fezes. Consiste em uma sonda que é inserida no reto e após expansão e adaptação adequada ao formato da parede intestinal, promove a drenagem das fezes, através do tubo extensor, para bolsa coletora. É indicada principalmente para pacientes hospitalizados que apresentem incontinência fecal associada à dermatite ou outras lesões que possam agravar com o contato com as fezes. Tem como benefícios melhor evolução e cicatrização da lesão da pele, redução de custos com tratamentos prolongados, maior conforto ao paciente, melhor higiene da pele perianal e redução do risco de úlceras por pressão. A aquisição visa atender a demanda dos usuários internados nas Unidades de Terapia Intensiva e que preencham os critérios clínicos estabelecidos no Protocolo de Utilização do Manejo à Incontinência Fecal da rede SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SONDA INTESTINAL PARA INCONTINÊNCIA FECAL ESTERIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Embalagem estéril | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Material em silicone | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponteira moldada em forma de balonete inflável com capacidade para 45ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade do balão corresponde ao indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta atraumática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adaptação ao coletor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Via do balão apresenta boa adaptação à seringa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula do tipo luer lock na via para insuflar o balonete | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a utilização pelo tempo indicado ao tratamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 UNIDADE | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | X | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | BOLSA COLETORA PARA INCONTINENCIA FECAL NAO ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | **PRÉ HOSP** |
| 35302 | 446253 | | | | X | | |
| Descrição Completa | BOLSA COLETORA PARA INCONTINENCIA FECAL NAO ESTERIL. Aplicação: manejo de pacientes com evacuações líquidas e/ou semilíquidas com pouco ou nenhum controle intestinal. Composição: bolsa coletora transparente com válvula anti-refluxo e tampa de fechamento. Produto de uso único, não reprocessável. Características adicionais: Bolsa graduada com capacidade para 1000 ml e filtro de carvão. A bolsa deverá apresentar compatibilidade com o cateter de silicone do sistema de incontinência fecal adquirido pela SESDF. Apresentação: caixa. Unidade de Estoque: Unidade (UN) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | BOLSA COLETORA PARA INCONTINÊNCIA FECAL NAO ESTÉRIL – Trata-se de um insumo indispensável para utilização do sistema para incontinência fecal. Consiste em um saco coletor destinado para armazenar as fezes drenadas pelo sistema até o seu descarte. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM - CÓDIGO 32454 SONDA INTESTINAL PARA INCONTINENCIA FECAL ESTERIL | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE BOLSA COLETORA PARA INCONTINÊNCIA FECAL NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Volume: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade da fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho e capacidade para 1.000 ml conforme descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Flexibilidade e resistência satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Graduação visível e de fácil leitura de no mínimo a cada 100ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Uso único e não reutilizável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de defeitos e/ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Válvula antirrefluxo e tampa de fechamento que permita o descarte seguro dos dejetos. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite perfeita adaptação à sonda. (código 32454 sonda intestinal para incontinência fecal) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende à finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 UNIDADE | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | X | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25057 | 0402564 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL. Aplicação: uso em lesões de moderado e excessivo exsudato. Material: composto de polímeros e camada externa adesiva de poliuretano. Características Adicionais: borda adesiva e protetora, que evite o extravasamento do exsudato e impeça a entrada de água, sabão e outros, formato quadrado. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 25057. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA – Os curativos de hidropolímeros podem ser utilizados como coberturas primárias ou secundárias constituído de almofada de espuma compostas por camadas sobrepostas de não-tecido e hidropolímero e revestida por poliuretano que se expande delicadamente à medida que absorve o exsudato. Esta cobertura proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. É indicado para feridas abertas não-infectadas com leve a moderada exsudação. Os curativos de hidropolímeros são utilizados em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA, ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 10 cm □ 15 cm x 15 cm □ 18 cm x 18 cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por polímeros | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Camada externa adesiva de poliuretano, Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto de material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por borda adesiva que evita o extravasamento de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta adesividade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de absorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br><br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25058 | 0406612 | | X | X | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL. Aplicação: absorção de moderado a excessivo exsudato, não aderente à ferida. Material: composto de polímeros e camada externa adesiva de poliuretano. Características Adicionais: borda adesiva e protetora, que evite o extravasamento do exsudato e impeça a entrada de água, sabão e outros, formato quadrado. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 25058. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA – Os curativos de hidropolímeros podem ser utilizados como coberturas primárias ou secundárias constituído de almofada de espuma compostas por camadas sobrepostas de não-tecido e hidropolímero e revestida por poliuretano que se expande delicadamente à medida que absorve o exsudato. Esta cobertura proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. É indicado para feridas abertas não-infectadas com leve a moderada exsudação. Os curativos de hidropolímeros são utilizados em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |

| Tipo de apresentação | UNIDADE |
|---|---|
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA, ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 10 cm □ 15 cm x 15 cm □ 18 cm x 18 cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por polímeros | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Camada externa adesiva de poliuretano, Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto de material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por borda adesiva que evita o extravasamento de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta adesividade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de absorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| 3- PARECER FINAL | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>__ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA SACRAL COM TAMANHO MÍNIMO 18 CM X 18 CM, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 5544 | 0406620 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA SACRAL COM TAMANHO MÍNIMO 18 CM X 18 CM, ESTÉRIL. Aplicação: absorção de moderado a excessivo exsudato, não aderente à ferida. Material: composto de polímeros e camada externa adesiva de poliuretano. Características Adicionais: borda adesiva e protetora, que evite o extravasamento do exsudato e impeça a entrada de água, sabão e outros, formato triangular. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 005544. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA – Os curativos de hidropolímeros podem ser utilizados como coberturas primárias ou secundárias constituído de almofada de espuma compostas por camadas sobrepostas de não-tecido e hidropolímero e revestida por poliuretano que se expande delicadamente à medida que absorve o exsudato. Esta cobertura proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. É indicado para feridas abertas não-infectadas com leve a moderada exsudação. Os curativos de hidropolímeros são utilizados em todos os níveis de atenção da rede SES/DF.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA, ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 10 cm □ 15 cm x 15 cm □ 18 cm x 18 cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por polímeros | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Camada externa adesiva de poliuretano, Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto de material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por borda adesiva que evita o extravasamento de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta adesividade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de absorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35782 | 0406176 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL. Aplicação: prevenção de lesões, manutenção do meio úmido, estimulação da angiogênese, não aderência à ferida, desbridamento autolítico e manutenção da temperatura. Características adicionais: extra fino com camada interna composta por hidrocolóides (carboximetilcelulose e/ou gelatina e/ou pectina) e/ou polisobutileno e camada externa composta por poliuretano impermeável a líquidos e microrganismos. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO HIDROCOLÓIDE – O curativo hidrocolóide é uma cobertura primária ou secundária composta por carboximetilcelulose capaz de se expandir e absorver líquidos criando um ambiente úmido que controla o exsudato. Permite as células do microambiente da úlcera fornecer um desbridamento autolítico e acelerar o processo de cicatrização. É capaz de manter o ambiente úmido enquanto protege as células de traumas, da contaminação bacteriana e mantém o isolamento térmico. Indicada para feridas do tipo agudas e crônicas de baixa a moderada exsudação onde o ambiente úmido seja indicado como lesões por abrasão, áreas doadoras de pele, queimaduras de 1º e 2º grau, úlceras por pressão.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ADESIVO DE HIDROCOLÓIDE, ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: □ 15 cm x 15 cm Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto de material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Mantém o leito da ferida úmido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Controle de exsudato adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, SACHÊ, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35784 | 406166 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, SACHÊ, ESTÉRIL. Aplicação: Controle de infecção da ferida. Material: Composto de uma manta externa de não tecido e uma camada interna de carvão ativado impregnado com íons de prata. Características adicionais: selado em toda sua extensão para que não haja extravasamento de carvão, não recortável. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO CARVÃO ATIVADO E PRATA – O curativo com carvão ativado e íons de prata é indicado para feridas crônicas, com odor fétido, infectadas e exsudativas. O carvão ativado absorve o exsudato e filtra o odor. A prata tem ação bactericida. Trata-se de uma cobertura primária que pode ser utilizado em associação à outras coberturas e exige a utilização de cobertura secundária. Sua ação, através da força magnética, absorve os microrganismos e exsudatos presentes no leito da ferida. Em síntese, esse processo favorece a aderência de bactérias na cobertura a fim de deixar o leito da ferida livre de toxicidade e favorável ao processo cicatricial. Outra grande vantagem desta cobertura é o fato de não aderir ao tecido neo-cicatricial, preservando-o de traumas no ato da retirada, e, assim reduzindo a dor local no processo de troca da cobertura.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA, ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____
Tamanho: □ 10,5 cm x 10,5 cm(sachê) □ 10,5 cm x 19,5 cm (recortável)

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bordas ou trama que previnem o extravasamento de carvão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de adsorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo (sachê) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta efetivo controle da infecção local (ação bactericida/bacteriostática) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta efetivo controle do odor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL, RECORTÁVEL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35783 | 406167 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL, RECORTÁVEL. Aplicação: Controle de infecção da ferida. Material: Composto de uma manta externa de não tecido e uma camada interna de carvão ativado impregnado com íons de prata. Características adicionais: selado em toda sua extensão para que não haja extravasamento de carvão, recortável. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO CARVÃO ATIVADO E PRATA – O curativo com carvão ativado e íons de prata é indicado para feridas crônicas, com odor fétido, infectadas e exsudativas. O carvão ativado absorve o exsudato e filtra o odor. A prata tem ação bactericida. Trata-se de uma cobertura primária que pode ser utilizado em associação à outras coberturas e exige a utilização de cobertura secundária. Sua ação, através da força magnética, absorve os microrganismos e exsudatos presentes no leito da ferida. Em síntese, esse processo favorece a aderência de bactérias na cobertura a fim de deixar o leito da ferida livre de toxicidade e favorável ao processo cicatricial. Outra grande vantagem desta cobertura é o fato de não aderir ao tecido neo-cicatricial, preservando-o de traumas no ato da retirada, e, assim reduzindo a dor local no processo de troca da cobertura.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA, ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____
Tamanho: □ 10,5 cm x 10,5 cm(sachê) □ 10,5 cm x 19,5 cm (recortável)

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bordas ou trama que previnem o extravasamento de carvão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de adsorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo (sachê) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta efetivo controle da infecção local (ação bactericida/bacteriostática) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta efetivo controle do odor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

| | |
|---|---|
| | 3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91137 | 402816 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL. Aplicação: controle de excesso de exsudato, desbridante, hemostasia. Material: Alginato de cálcio derivado de algas marinhas. Características adicionais: não aderente, com alta capacidade de absorção de exsudato. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 091137. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO – Trata-se de uma cobertura que permite uma troca iônica com o meio com indicação para exsudativas, com sangramento, limpas ou infectadas, agudas ou crônicas, superficiais ou profundas. Em contato com o exsudato forma um gel hidrofílico e não aderente que proporciona um meio úmido sobre a superfície da ferida, promovendo o desbridamento autolítico e absorção do excesso de exsudato, permitindo a remoção sem trauma, com pequeno ou nenhum dano para o tecido recém-formado e mantém um meio adequado para o processo de cicatrização. Apresenta uma periodicidade de troca variável, para feridas infectadas (24 horas), feridas limpas com sangramento (48 horas), feridas limpas ou exsudação intensa (quando saturar) como se trata de uma cobertura primária mesmo que haja a saturação da cobertura secundária, se o alginato não se desintegrar não há necessidade de troca da cobertura primária, apenas a cobertura secundária. Suas vantagens aceleram o processo cicatricial de lesões agudas de forma rápida com o controle da umidade no leito da lesão e estimulando a fase profilerativa de forma ágil e segura.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: 10 cm x 10 cm □ 10 cm x 20 cm Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de absorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta gelificação satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos da ferida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não desintegra totalmente a fibra, proporcionando a sua retirada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 20 CM, ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 91139 | 402813 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 20 CM, ESTÉRIL. Aplicação: controle de excesso de exsudato, desbridante, hemostasia. Material: Alginato de cálcio derivado de algas marinhas. Características adicionais: não aderente, com alta capacidade de absorção de exsudato. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 091139 | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO – Trata-se de uma cobertura que permite uma troca iônica com o meio com indicação para exsudativas, com sangramento, limpas ou infectadas, agudas ou crônicas, superficiais ou profundas. Em contato com o exsudato forma um gel hidrofílico e não aderente que proporciona um meio úmido sobre a superfície da ferida, promovendo o desbridamento autolítico e absorção do excesso de exsudato, permitindo a remoção sem trauma, com pequeno ou nenhum dano para o tecido recém-formado e mantém um meio adequado para o processo de cicatrização. Apresenta uma periodicidade de troca variável, para feridas infectadas (24 horas), feridas limpas com sangramento (48 horas), feridas limpas ou exsudação intensa (quando saturar) como se trata de uma cobertura primária mesmo que haja a saturação da cobertura secundária, se o alginato não se desintegrar não há necessidade de troca da cobertura primária, apenas a cobertura secundária. Suas vantagens aceleram o processo cicatricial de lesões agudas de forma rápida com o controle da umidade no leito da lesão e estimulando a fase profilerativa de forma ágil e segura.<br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do | | | | | |

| | |
|---|---|
| | usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: 10 cm x 10 cm □ 10 cm x 20 cm Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Formato e tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de absorção adequada com controle de exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta gelificação satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos da ferida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não desintegra totalmente a fibra, proporcionando a sua retirada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

**3- PARECER FINAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | **PRÉ HOSP** |
| 25066 | 0433911 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE (CURATIVO DE HIDROGEL), ESTÉRIL. Aplicação: desbridamento e manutenção da umidade da ferida. Características Adicionais: composição adicional de alginato de cálcio e/ou carboximetilcelulose, excipiente aquoso transparente e viscoso. Apresentação: tubo ou bisnaga de no máximo 25 gramas. Unidade de Estoque: grama (GR). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE, ESTÉRIL (HIDROGEL) – É um gel estéril que em sua formulação tem água deionizada, propilenoglicol com complementação da composição com alginato de cálcio e sódio, carboximetilcelulose de sódio, e óleos de origem vegetal, capaz de promover hidratação da lesão, mantendo um ambiente úmido ideal para cicatrização e para o desbridamento autolítico. A manutenção da umidade alivia a dor pela umidificação das terminações nervosas expostas na lesão.<br>É um agente tópico, não aderente de fácil aplicação que preserva o tecido de granulação recém-formado durante as trocas de curativos, sua remoção é fácil pela irrigação da ferida com solução fisiológica, deve ser combinado com um curativo secundário.<br>É indicado para promover o desbridamento autolítico e estimular a cicatrização em lesões secas ou com pouca umidade, podendo ser superficiais ou profundas, com ou sem infecção, necrose ou esfacelo. Tem indicação para diversos tipos de lesões, como, lesões com tecido de granulação, úlceras venosas, arteriais e por pressão, queimaduras de segundo grau de pequena extensão e lesões de perda parcial ou total de tecidos. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO DE HIDROGEL, ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a utilização total do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui tampa/dispositivo que permite o fechamento e a utilização fracionada do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Peso líquido compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de hidratar a lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta gelificação satisfatória, não sendo absorvido pela cobertura secundária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 25060 | 0430053 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL. Aplicação: absorção e controle de exsudato, ação antimicrobiana. Material: composto de polímeros impregnados com prata. Características adicionais: espuma de poliuretano recortável, não aderente ao leito da ferida, estéril, sem bordas aderentes. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 25060. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA – É uma cobertura que trata e previne inflamações e infecções locais devido a presença do íon prata, apresenta uma distribuição uniforme dos íons prata que em contato com a lesão permite uma liberação sustentada da prata por 7 dias, permitindo um efeito antibacteriano igualmente sustentado.<br>É composto por uma espuma de poliuretano com capacidade para absorção de moderado exsudato associado a flexibilidade. Indicado para úlceras de perna, lesões por pressão, queimaduras de segundo grau, áreas doadoras, úlceras do pé diabético, feridas pós-operatórias e abrasões da pele.<br>O curativo proporciona um ambiente úmido para a cicatrização, ele não requer curativo secundário e ele não adere ao leito das feridas. Pelo seu formato 3D permite a adaptação da cobertura a pequenas irregularidades da lesão.<br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: 15 cm x 15 cm Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Sem bordas aderentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não aderente ao leito da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa absorção e controle do exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa flexibilidade permitindo o ajuste aos contornos da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO ESTÉRIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA. (EM DESPADRONIZAÇÃO – SERÁ SUBSTITUÍDO PELO CÓDIGO 37974) | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 32463 | 406136 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO ESTERIL NAO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA. Aplicação: adjuvante no tratamento de lesões infectadas. Composição: malha de poliéster ou nylon. Características adicionais: dimensões mínimas de 10cmx20cm. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado. Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO ESTERIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA – É um curativo com prata que atua como uma barreira antimicrobiana, além de liberar o poder antimicrobiano da prata no leito da ferida, sem inibir a cicatrização. Composto por uma malha de poliéster, o qual contém alta elasticidade e promove conforto ao paciente. É composto por nylon impregnado com prata, flexível e não aderente.<br>Deve ser utilizado em contato direto com a ferida, onde desenvolve uma potente ação antimicrobiana, sendo capaz de combater os micro-organismos presentes no leito da ferida, assim como prevenir que uma ferida limpa fique infectada. Pequenas abrasões, cortes, arranhões, queimaduras, incisões, enxertos cutâneos, áreas doadoras, lacerações, úlceras dérmicas de estádio IV (úlceras venosas, úlceras por pressão e úlceras diabéticas), feridas infectadas ou como barreira física para prevenção da penetração de micro-organismos.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: 10 cm x 20 cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, permitindo ajuste aos contornos da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não aderente ao leito da ferida, permitindo a retirada sem causar lesões | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Justificativa e Observação: _____ | | |
| 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO ESTÉRIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA. | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 37974 | 406136 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO ESTERIL NAO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA - Aplicação: adjuvante no tratamento de lesões infectadas. Composição: malha de poliéster ou nylon em material recortável. Características adicionais: área mínima de 200cm². Apresentação: embalagem individual em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado. Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO ESTERIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA – É um curativo com prata que atua como uma barreira antimicrobiana, além de liberar o poder antimicrobiano da prata no leito da ferida, sem inibir a cicatrização. Composto por uma malha de poliéster, o qual contém alta elasticidade e promove conforto ao paciente. É composto por nylon impregnado com prata, flexível e não aderente.<br>Deve ser utilizado em contato direto com a ferida, onde desenvolve uma potente ação antimicrobiana, sendo capaz de combater os micro-organismos presentes no leito da ferida, assim como prevenir que uma ferida limpa fique infectada. Pequenas abrasões, cortes, arranhões, queimaduras, incisões, enxertos cutâneos, áreas doadoras, lacerações, úlceras dérmicas de estádio IV (úlceras venosas, úlceras por pressão e úlceras diabéticas), feridas infectadas ou como barreira física para prevenção da penetração de micro-organismos.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e | | | | | |

| | |
|---|---|
| | hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: área mínima de 200 cm² Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recortável e maleável, permitindo ajuste aos contornos da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não aderente ao leito da ferida, permitindo a retirada sem causar lesões | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Justificativa e Observação: _____ | | |
| 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,5 CM x 150 CM, ESTÉRIL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 34026 | 406674 | | | | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,5 CM X 150 CM, ESTÉRIL. Aplicação: proteção do leito da ferida e proteção de área doadora de enxerto. Material: Malha impregnada com emulsão à base de petrolato; estrutura da trama com acetato de celulose; tamanho aproximado de 7,5 cm x 150 cm, pode ser recortado no tamanho da ferida; Não libera fragmentos ou fibras quando recortado. Apresentação: rolo embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado. Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM – Trata-se de um curativo primário, estéril, não aderente, constituído por uma malha de acetato de celulose (Rayon) impregnada com uma emulsão de petrolatum, destinado ao tratamento de feridas. Em sua composição tem uma mistura de hidrocarbonetos obtida através da remoção de óleos de minerais e que contém propriedades benéficas para a pele. É um eficiente umectante, contribuindo para a hidratação de pele íntegras ou com lesões superficiais.<br>Deve ser combinado com um curativo secundário estéril para que seja possível a absorção do exsudato da ferida, apresenta fácil aplicação e em contato com a lesão não adere no leito da lesão, sendo capaz de ser removido facilmente durante as trocas de curativo, minimizando dor e traumas durante o procedimento e diminuindo a perda do tecido recém-formado.<br>O tecido de Rayon é sintético, inodoro, poroso, isento de substâncias alergênicas, poroso. O curativo permite a permeabilidade da lesão e o fluxo do exsudato para que seja absorvido pelo curativo secundário, evitando o acúmulo de fluido no local da lesão. | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Possui indicação para o tratamento de lesões de qualquer etiologia, secas ou exsudativas, limpas ou infectadas, com presença de tecido inviável ou não e outros tipos de lesões em que se tem o objetivo de evitar a aderência do curativo como nos casos da exposição de ossos e tendões. Sua troca é geralmente a cada 72 horas, porém em caso de saturação da cobertura secundária deve ser trocado com mais brevidade.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 7,5 cm x 150 cm □ 7,6 cm x 7,6 cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção, atraumático | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não aderente ao leito da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa hidratação ao leito da ferida | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa flexibilidade permitindo o ajuste aos contornos da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,6 CM X 7,6 CM, ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 35775 | 35775 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,6 CM X 7,6 CM, ESTÉRIL. Aplicação: proteção do leito da ferida e proteção de área doadora de enxerto. Material: tela em tecido de malha de acetato de celulose impregnada com emulsão de petrolatum, estéril. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixas. Unidade de estoque: Unidade (UN). | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM – Trata-se de um curativo primário, estéril, não aderente, constituído por uma malha de acetato de celulose (Rayon) impregnada com uma emulsão de petrolatum, destinado ao tratamento de feridas. Em sua composição tem uma mistura de hidrocarbonetos obtida através da remoção de óleos de minerais e que contém propriedades benéficas para a pele. É um eficiente umectante, contribuindo para a hidratação de pele íntegras ou com lesões superficiais.<br>Deve ser combinado com um curativo secundário estéril para que seja possível a absorção do exsudato da ferida, apresenta fácil aplicação e em contato com a lesão não adere no leito da lesão, sendo capaz de ser removido facilmente durante as trocas de curativo, minimizando dor e traumas durante o procedimento e diminuindo a perda do tecido recém-formado.<br>O tecido de Rayon é sintético, inodoro, poroso, isento de substâncias alergênicas, poroso. O curativo permite a permeabilidade da lesão e o fluxo do exsudato para que seja absorvido pelo curativo secundário, evitando o acúmulo de fluido no local da lesão.<br>Possui indicação para o tratamento de lesões de qualquer etiologia, secas ou exsudativas, limpas ou | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | infectadas, com presença de tecido inviável ou não e outros tipos de lesões em que se tem o objetivo de evitar a aderência do curativo como nos casos da exposição de ossos e tendões. Sua troca é geralmente a cada 72 horas, porém em caso de saturação da cobertura secundária deve ser trocado com mais brevidade.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: ☐ 7,5 cm x 150 cm ☐ 7,6 cm x 7,6 cm Nº de amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recortável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção, atraumático | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Não aderente ao leito da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa hidratação ao leito da ferida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa flexibilidade permitindo o ajuste aos contornos da lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 4 CM x 5 CM (+ ou - 1 cm), ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 91124 | 435525 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 4 CM x 5 CM (+ ou - 1 cm), ESTÉRIL. Aplicação: cobertura de inserção de cateter vascular. Material: película transparente com adesivo hipoalergênico, fenestra aerada e fita estabilizadora estéril. Características adicionais: impermeável à água e com barreira bacteriana. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 091124 | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>FILME TRANSPARENTE ESTÉRIL PARA CATETER VASCULAR – É um curativo adesivo, estéril, composto de filme de poliuretano, indicado como curativo primário para fixação de cateter. Apresenta característica de ser semipermeável, onde permite a passagem de gases e vapores, no entanto é impermeável às bactérias e água. Alguns benefícios são percebidos, como a redução do risco de infecção, pela alta permeabilidade aos vapores de água que previne o acúmulo de umidade entre a pele e o filme e evita a proliferação bacteriana. Além da sua impermeabilidade às bactérias permitir que ele atue como uma barreira mecânica. Assim como minimizara a frequência de troca do filme, por ter alta permeabilidade do filme aos gases e vapores úmidos, mantém a pele seca e consequentemente aumenta a aderência do filme a pele. Permite uma fixação e visualização direta do cateter em seu sítio de inserção sem precisar remover o curativo para essa observação.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO FILME TRANSPARENTE ADESIVO - ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____<br>Tipo: □ Simples □ Gel de clorexidina<br>Tamanho: □ 4 cm x 5 cm □ 7 cm x 8 cm □ 8 cm x 11 cm | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com solicitado ( + ou – 1 cm ) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção, atraumático | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permeabilidade seletiva | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona visualização do sítio de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Durabilidade satisfatória após aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa flexibilidade permitindo o ajuste aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 7 CM x 8 CM (+ ou - 1 cm), ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 91120 | 411381 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 7 CM x 8 CM (+ ou - 1 cm), ESTÉRIL. Aplicação: cobertura de inserção de cateter vascular. Material: película transparente com adesivo hipoalergênico, fenestra aerada e fita estabilizadora estéril. Características adicionais: impermeável à água e com barreira bacteriana, permeável ao oxigênio e ao vapor da água. Apresentação: embalado individualmente. Unidade de Estoque: unidade (UN). Código SES: 091120 | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>FILME TRANSPARENTE ESTÉRIL PARA CATETER VASCULAR – É um curativo adesivo, estéril, composto de filme de poliuretano, indicado como curativo primário para fixação de cateter. Apresenta característica de ser semipermeável, onde permite a passagem de gases e vapores, no entanto é impermeável às bactérias e água. Alguns benefícios são percebidos, como a redução do risco de infecção, pela alta permeabilidade aos vapores de água que previne o acúmulo de umidade entre a pele e o filme e evita a proliferação bacteriana. Além da sua impermeabilidade às bactérias permitir que ele atue como uma barreira mecânica. Assim como minimizara a frequência de troca do filme, por ter alta permeabilidade do filme aos gases e vapores úmidos, mantém a pele seca e consequentemente aumenta a aderência do filme a pele. Permite uma fixação e visualização direta do cateter em seu sítio de inserção sem precisar remover o curativo para essa observação.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à | | | | | |

| | |
|---|---|
| | suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO FILME TRANSPARENTE ADESIVO - ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____<br>Tipo: □ Simples □ Gel de clorexidina<br>Tamanho: □ 4 cm x 5 cm □ 7 cm x 8 cm □ 8 cm x 11 cm | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com solicitado ( + ou – 1 cm ) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção, atraumático | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permeabilidade seletiva | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona visualização do sítio de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Durabilidade satisfatória após aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa flexibilidade permitindo o ajuste aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO EM PELICULA TRANSPARENTE ADESIVO COM GEL DE CLOREXIDINA 2% | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 23075 | 0430366 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO EM PELICULA. Aplicação: fixação de cateter venoso central, reduzindo a colonização no sítio de inserção. Material: filme transparente de poliuretano com placa de gel transparente a base de gluconato de clorexidina 2%. Tamanho/Capacidade: 8 x 11 cm (+/ -1 cm). Característica adicional: película transparente adesiva, semi-permeável. Fixação nas bordas com material adesivo hipoalergênico. Tempo de pemanência mínima de 7 dias com atividade antimicrobiana comprovada. Processo de Esterilização: estéril. Forma de apresentação: unidade embalada individualmente acondicionadas em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO PELÍCULA TRANSPARENTE ADESIVO COM CLOREXIDINA 2% – É um curativo para uso em cateteres centrais e ou periféricos conforme protocolo institucional. Composto por uma película transparente estéril com adesivo hipoalergênico e uma placa em gel impregnada com clorexidina a 2%, aquosa, agente antimicrobiano de amplo espectro, combina redução e controle constante da colonização da pele ao redor do ponto de inserção do cateter.<br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO FILME TRANSPARENTE ADESIVO - ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____

Tipo: ☐ Simples ☐ Gel de clorexidina

Tamanho: ☐ 4 cm x 5 cm ☐ 7 cm x 8 cm ☐ 8 cm x 11 cm

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com solicitado ( + ou – 1 cm ) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção, atraumático | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permeabilidade seletiva | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona visualização do sítio de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Durabilidade satisfatória após aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa flexibilidade permitindo o ajuste aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:** _____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO BOTA DE UNNA, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35777 | 477873 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO BOTA DE UNNA, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: tratamento de úlceras vasculares venosas e edema linfático. Material: bandagem flexível com aproximadamente 70% de poliéster e 30% de algodão, impregnada com pasta de óxido de zinco, podendo ter adição de acácia, glicerina, óleo de rícino (ou óleo de castor) e pretolato branco. Tamanho: 10 cm (variação + ou - 0,5 cm) x 9 m (variação de + ou - 20 cm). Características Adicionais: apresentação em rolo, não estéril, embalado individualmente. Unidade de estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>CURATIVO BOTA DE UNNA – A bota de unna constitui uma forma de terapia compressiva inelástica que atua aumentando a compressão e favorecendo a drenagem e o suporte venoso, beneficiando, assim, a cicatrização da úlcera. É constituída de uma atadura impregnada com pasta à base de óxido de zinco criando um molde semi-sólido para a realização de compressão externa que pode permanecer na ferida por até 7 dias e pode ser associada à outras coberturas em caso de feridas muito exsudativas.<br>Trata-se de uma cobertura de grande importância e fundamental ao fechamento das úlceras venosas crônicas, que quando tem seu fechamento prolongado contribuem para piora da qualidade de vida do paciente, reduz a produtividade no trabalho e aumentam os custos dos serviços de saúde.<br><br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO BOTA DE UNNA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 10 cm (+ ou – 0,5cm) X 9 m (+ ou – 20 cm) Nº de amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite flexibilidade durante a deambulação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Umidade adequada para manter a hidratação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Trama previne lesões | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Durabilidade satisfatória após aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | BANDAGEM PARA COMPRESSÃO, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35776 | 387350 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | BANDAGEM PARA COMPRESSÃO, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: indicada no tratamento de pacientes que possuem retorno venoso prejudicado, úlceras venosas e afecções que necessitem de terapia por compressão. Tamanho em repouso: comprimento de 3 m e largura de 10 cm aproximadamente. Características adicionais: Lavável, elasticidade longitudinal, permita aplicação de média e alta compressão, confeccionada em algodão, viscose e poliuretano elastano. Não adesiva, cor branca ou bege. Apresentação: rolo embalado individualmente. Unidade de estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>BANDAGEM COMPRESSIVA, NÃO ESTÉRIL – Constitui uma forma de terapia compressiva elástica que atua aumentando a compressão e favorecendo o retorno venoso. É indicada para o tratamento de pacientes que possuem retorno venoso prejudicado, varizes, úlceras venosas e outras afecções que necessitam de terapia de compressão. A aquisição será para atender a demanda dos usuários atendidos nos ambulatórios especializados e hospitais que possuam serviço de Cirurgia Vascular da Rede SES/DF.<br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE BANDAGEM PARA COMPRESSÃO, NÃO ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: □ 10 cm x 3m (aproximadamente) Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação/validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite flexibilidade durante a deambulação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Lavável e reutilizável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Durabilidade satisfatória conforme as recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:** _____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou | |

| | |
|---|---|
| Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SOLUÇAO AQUOSA A BASE DE POLIHEXANIDA PARA LIMPEZA DE LESOES | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 32457 | 390804 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | SOLUÇAO AQUOSA A BASE DE POLIHEXANIDA PARA LIMPEZA DE LESÕES. Composição: água purificada, polihexanida (biguanida) e betaína (ou derivado betaínico). Aplicação: limpeza, umidificação e redução da carga microbiana de lesões. Apresentação: frasco de 350ml. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>SOLUÇÃO AQUOSA A BASE DE POLIHEXANIDA PARA LIMPEZA DE LESÕES – Trata-se de uma solução utilizada para limpeza de lesões crônicas. Possui propriedades antissépticas quando em contato com a umidade da ferida, diminui a carga microbiana e protege e infecção. A aquisição visa atender as necessidades dos usuários atendidos nos ambulatórios especializados em lesões crônicas da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| | |
|---|---|
| INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SOLUÇÃO DE POLIHEXANIDA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a utilização total do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui tampa/dispositivo que permite o fechamento e a utilização fracionada do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Volume compatível com solicitado (350ML) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta capacidade de hidratar a lesão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite controle bacteriano | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Justificativa e Observação: _____ | | |
| 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |

| | |
|---|---|
| no ato da entrega | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Descrição Resumida | CURATIVO DE HIDROFIBRA, ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91207 | 0432618 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO DE HIDROFIBRA, ESTERIL. Composição: carboximetilcelulose associada à prata, estéril, não aderente. Tamanho: 15x15cm. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa e multifatorial que acometem negativamente o indivíduo. Podem ser consequências de complicações de uma doença subjacente como diabetes, de um processo cirúrgico, resultado de uma pressão constante, imobilidade, trauma, iatrogenias ou queimaduras.<br>As lesões podem ser classificadas em agudas e crônicas. As primeiras são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido e respondem facilmente às intervenções terapêuticas tais como feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações, lesões corto-contusas, perfurantes, entre outras. Já as crônicas se caracterizam por não completarem cicatrização no tempo esperado, por vezes, submetidas a múltiplas intervenções para seu reestabelecimento. A exemplo temos as lesões em extremidades inferiores dos pés como ocorre nas pessoas portadoras de diabetes, úlceras venosas e arteriais, lesão por pressão, complicações por processos cirúrgicos e lesões oncológicas.<br>Além disso, sabe-se que as lesões crônicas evoluem rapidamente de forma desfavorável, são refratárias a diversos tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a condição normal de cicatrização.<br>No Brasil, constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de indivíduos com fragilidade na integridade da pele associado a subnotificação dos registros de atendimento. O elevado número de pacientes com lesões diversas atendidos pelo sistema público de saúde contribui para elevar o gasto público e além disso, interfere diretamente na qualidade de vida da população.<br>Sabe-se que as pesquisas sobre incidência e prevalência de lesões Brasil são incipientes, ocultando a real porcentagem de pessoas acometidas. Estatísticas norte-americanas revelam que a prevalência mundial de lesões atinge cerca de 14% da população. Há ainda estudos que indicam que essa prevalência pode chegar a 22,8% da população mundial (SANTOS et al, 2014).<br>Considerando que os idosos são os mais acometidos com doenças crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados à saúde, a prevalência de lesão por pressão ainda é elevada. Ao longo dos anos, a prática no cuidado às lesões cutâneas passou por profundas transformações desafiando o conhecimento técnico-científico dos Enfermeiros. Os avanços tecnológicos na área de tratamento de lesões crônicas possibilitaram a inserção de muitos produtos e métodos no mercado.<br>Dessa forma, as coberturas são divididas em primárias, quando usadas em contato direto com a lesão, e secundárias, quando colocadas sobre o curativo primário. A seleção correta da cobertura auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesionado.<br>HIDROFIBRA COM PRATA – A hidrofibra com prata é uma cobertura altamente absorvível composta por carboximetilcelulose sódica e prata, que apresenta característica atraumática por formar um gel macio e coeso que se adapta ao leito da lesão e sua trama de fibras é capaz de capturar os micro-organismos presentes no leito da ferida. Sua fibra é macia e em contato com o exsudato se gelifica, os íons de prata são liberados e inativam as bactérias. Apresenta ampla indicação para uso nas lesões, abrangendo de pequenas abrasões, lacerações, cortes, escaldaduras também muito utilizada em queimaduras superficiais e de II grau, em úlceras vasculogênicas e outros tipos de lesões crônicas, traumáticas e infectadas.<br>A aquisição visa atender a demanda dos usuários atendidos na rede de saúde SES/DF, abastecendo os Ambulatórios de Estomoterapia, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para | NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO DE HIDROFIBRA, ESTÉRIL**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____
Lote:_____
Tamanho: □ 15 cm x 15 cm Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a fácil remoção, evitando traumas na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Mantém o leito da ferida úmido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Alta capacidade de absorção e retenção, proporcionando controle adequado do exsudato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite flexibilidade durante a deambulação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove desbridamento autolítico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui ação bactericida e bacteriostática | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Durabilidade satisfatória após aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material e horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO ANTISSÉPTICO CIRCULAR PRONTO PARA USO, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36552 | 447475 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | CURATIVO ANTISSÉPTICO CIRCULAR PRONTO PARA USO, ESTÉRIL. Aplicação: curativo para finalização do procedimento de punção venosa ou injeções. Composição: poliéster com algodão natural e papel siliconado. Características adicionais: a embalagem do produto deverá conter o número do lote, data de fabricação, prazo de validade, composição, forma de armazenamento e procedência. Processo de esterilização: estéril. Unidade de estoque: unidade. Apresentação: caixa com 500 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicado para finalização de punções venosas em procedimentos de coleta de sangue ou injeções. O curativo pronto uso tem como benefícios a redução de infecções, redução da utilização de algodão e esparadrapo, maior segurança e agilidade para realizar o procedimento, além de proporcionar maior conforto ao paciente. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ANTISSÉPTICO CIRCULAR | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta adesividade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Mantém a integridade da pele quando da remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicação compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:** _____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGE (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 3365 | 348002 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS + TRIGLICERÍDEOS (ACELERADOR DE CICATRIZAÇÃO),Forma Farmacêutica: solução tópica, Forma De Apresentação: frasco com 200 ml, Unidade De Fornecimento: frasco com 200 ml | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | AGE (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) - utilizado para cuidados com a pele, indicado para prevenção de leões. Age como barreira térmica, microbiana e mecânica, ajudando a manter a hidratação e elasticidade da pele. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGE (ACIDOS GRAXOS + TRIGLICERÍDEOS) | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicação de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informações de precauções e armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | | |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Solução livre de impurezas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênco | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Causou irritações na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO DE TRANSFERENCIA DE EXSUDATO COM SILICONE SUAVE 15 CM x 20 CM, ESTÉRIL-EPIDERMOLISE BOLHOSA | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 12980 | 0402567 | | | | X (AMBULATORIO HRT) | |
| Descrição Completa | CURATIVO DE TRANSFERENCIA DE EXSUDATO COM SILICONE SUAVE 15 CM x 20 CM, ESTÉRIL-EPIDERMOLISE BOLHOSA. Aplicação: coberturas para proteção de áreas de hipersensibilidade da pele às lesões e formações de bolhas, pele frágil e feridas exsudativas (Epidermólise Bolhosa). Material: espuma de poliuretano hidrófilo, fina e de alta flexibilidade, que permita a transferência do exsudato para uma cobertura secundária, revestida com camada macia de silicone suave em contato com a pele. Características adcionais: atraumático, flexível e com propriedades de baixa aderência. Apresentação: embalagem individual. Unidade de Estoque: unidade (UN). | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Epidermólise Bolhosa faz parte de um grupo de doenças hereditárias caracterizado pela fragilidade cutânea com formação de bolhas espontâneas ou ao mínimo trauma. Tais alterações são causadas por um defeito no gene responsável por produzir o colágeno e queratina que são responsáveis pela junção das estruturas que constituem a pele.<br>Trata-se de uma doença rara e uma das mais complexas doenças conhecidas com implicações devastadoras em alguns subtipos implicando em baixa qualidade de vida e pouca sobrevida de seus portadores proporcionando dor física, sofrimento emocional e impacto econômico.<br>Existem 4 grandes tipos: Epidermólise Bolhosa Simples, Epidermólise Bolhosa Juncional, Epidermólise Bolhosa Distrófica e Síndrome de Kindler. Sabe-se que ainda é uma doença sem cura e, por isso, os cuidados e suporte ao tratamento de feridas e prevenção de complicações são essenciais na abordagem ao paciente. A Epidermólise Bolhosa pode afetar todos os indivíduos de diferentes grupos etários, mas a maioria dos casos é diagnosticado na infância.<br>A presença de lesões múltiplas com diferentes características torna a Epidermólise Bolhosa uma patologia com desafios acrescidos. O cuidado das lesões é a base do tratamento para os pacientes com Epidermólise Bolhosa. O princípio fundamental no tratamento das lesões é a escolha de uma cobertura atraumática (não-aderente) que promova a cicatrização e evite dor e sangramento na remoção.<br>Os produtos de silicone são muito indicados para proteção e para feridas muito exsudativas além de serem interessantes como cobertura primária, pois promovem uma aderência leve entre a ferida que evita fricção e pode ser retirado de forma atraumática, evitando a formação de novas lesões.<br>Os profissionais de saúde precisam realizar uma avaliação cuidadosa e individualizada pois precisam estar atentos a todos os sinais e sintomas que possam indicar o agravo ou aparecimento de novas lesões.<br>Vale reforçar que o desabastecimento deste item pode causar consequências sérias à saúde dos pacientes portadores de doenças raras como Epidermólise Bolhosa e hidradenite supurativa visto que pode acarretar agravamento das lesões de pele já existentes e o surgimentos de novas lesões devido à falta de proteção oferecida por esta cobertura. Além disso, a exposição da lesão pode atrair bactérias e outros microrganismos e favorecer o surgimento de reinfecções. Por fim, a utilização de um curativo tradicional em virtude do curativo de transferência de exsudato pode provocar traumas sérios em peles íntegras extremamente fragilizadas devido à diminuição do intervalo de trocas das coberturas.<br>A aquisição visa o atendimento dos pacientes que padecem de uma doença genética grave e limitante, que anteriormente conseguiam o item através de judicialização, e agora tem acesso ao atendimento de Enfermagem e fornecimento dos insumos de forma regular por esta SES/DF. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA | | | | | |

| | |
|---|---|
| da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO DE TRANSFERÊNCIA DE EXSUDATO COM SILICONE SUAVE ESTÉRIL – EPIDERMOLISE BOLHOSA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____
Tamanho: 15 cm x 20 cm Nº de amostras:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por espuma de poliuretano hidrófilo, fina e flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Revestido com camada macia de silicone suave | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto de material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui propriedades de baixa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta alta capacidade de absorção que permita a transferência do exsudato para uma cobertura secundária | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Alta flexibilidade que favoreça a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:** _____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a | 3 UNIDADES |

| | |
|---|---|
| quantidade de amostras | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12975 | 0402558 | | | | X (AMBULATORIO HRT) | | |
| Descrição Completa | CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 10 CM x 10 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA. Aplicação: cobertura para proteção de áreas de hipersensibilidade da pele às lesões e formações de bolhas(Epidermólise Bolhosa). Material: espuma de poliuretano com uma camada de silicone suave. Características adcionais: atraumático, microporoso, flexível e com propriedades de microaderência seletiva. Apresentação: embalagem individual. Unidade de estoque: unidade (UN). CÓDIGO SES: 12975. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Epidermólise Bolhosa faz parte de um grupo de doenças hereditárias caracterizado pela fragilidade cutânea com formação de bolhas espontâneas ou ao mínimo trauma. Tais alterações são causadas por um defeito no gene responsável por produzir o colágeno e queratina que são responsáveis pela junção das estruturas que constituem a pele.<br>Trata-se de uma doença rara e uma das mais complexas doenças conhecidas com implicações devastadoras em alguns subtipos implicando em baixa qualidade de vida e pouca sobrevida de seus portadores proporcionando dor física, sofrimento emocional e impacto econômico.<br>Existem 4 grandes tipos: Epidermólise Bolhosa Simples, Epidermólise Bolhosa Juncional, Epidermólise Bolhosa Distrófica e Síndrome de Kindler. Sabe-se que ainda é uma doença sem cura e, por isso, os cuidados e suporte ao tratamento de feridas e prevenção de complicações são essenciais na abordagem ao paciente. A Epidermólise Bolhosa pode afetar todos os indivíduos de diferentes grupos etários, mas a maioria dos casos é diagnosticado na infância.<br>A presença de lesões múltiplas com diferentes características torna a Epidermólise Bolhosa uma patologia com desafios acrescidos. O cuidado das lesões é a base do tratamento para os pacientes com Epidermólise Bolhosa. O princípio fundamental no tratamento das lesões é a escolha de uma cobertura atraumática (não-aderente) que promova a cicatrização e evite dor e sangramento na remoção.<br>Os produtos de silicone são muito indicados para proteção e para feridas muito exsudativas além de serem interessantes como cobertura primária, pois promovem uma aderência leve entre a ferida que evita fricção e pode ser retirado de forma atraumática, evitando a formação de novas lesões.<br>Os profissionais de saúde precisam realizar uma avaliação cuidadosa e individualizada pois precisam estar atentos a todos os sinais e sintomas que possam indicar o agravo ou aparecimento de novas lesões.<br>Vale reforçar que o desabastecimento deste item pode causar consequências sérias à saúde dos pacientes portadores de doenças raras como Epidermólise Bolhosa e hidradenite supurativa visto que pode acarretar agravamento das lesões de pele já existentes e o surgimentos de novas lesões devido à falta de proteção oferecida por esta cobertura. Além disso, a exposição da lesão pode atrair bactérias e outros microrganismos e favorecer o surgimento de reinfecções. Por fim, a utilização de um curativo tradicional em virtude do curativo de transferência de exsudato pode provocar traumas sérios em peles íntegras extremamente fragilizadas devido à diminuição do intervalo de trocas das coberturas.<br>A aquisição visa o atendimento dos pacientes que padecem de uma doença genética grave e limitante, que anteriormente conseguiam o item através de judicialização, e agora tem acesso ao atendimento de Enfermagem e fornecimento dos insumos de forma regular por esta SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| MTE, e outras. | |
|---|---|
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ABSORVENTE AUTO-ADESIVO DE SILICONE SUAVE ESTÉRIL – EPIDERMOLISE BOLHOSA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____
Tamanho: □ 10 cm x 10 cm □ 15 cm x 15 cm □ 15 cm x 20 cm

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (espuma de poliuretano com silicone suave) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:** _____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja | |

| | |
|---|---|
| Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12972 | 0402559 | | | | X (AMBULATORIO HRT) | | |
| Descrição Completa | CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 15 CM x 15 CM, ESTÉRIL- EPIDERMOLISE BOLHOSA. Aplicação: cobertura para proteção de áreas de hipersensibilidade da pele às lesões e formações de bolhas(Epidermólise Bolhosa). Material: espuma de poliuretano com uma camada de silicone suave. Características adicionais: atraumático, microporoso, flexível e com propriedades de microaderência seletiva. Apresentação: embalagem individual. Unidade de estoque: unidade (UN). CÓDIGO SES: 12972. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Epidermólise Bolhosa faz parte de um grupo de doenças hereditárias caracterizado pela fragilidade cutânea com formação de bolhas espontâneas ou ao mínimo trauma. Tais alterações são causadas por um defeito no gene responsável por produzir o colágeno e queratina que são responsáveis pela junção das estruturas que constituem a pele.<br>Trata-se de uma doença rara e uma das mais complexas doenças conhecidas com implicações devastadoras em alguns subtipos implicando em baixa qualidade de vida e pouca sobrevida de seus portadores proporcionando dor física, sofrimento emocional e impacto econômico.<br>Existem 4 grandes tipos: Epidermólise Bolhosa Simples, Epidermólise Bolhosa Juncional, Epidermólise Bolhosa Distrófica e Síndrome de Kindler. Sabe-se que ainda é uma doença sem cura e, por isso, os cuidados e suporte ao tratamento de feridas e prevenção de complicações são essenciais na abordagem ao paciente. A Epidermólise Bolhosa pode afetar todos os indivíduos de diferentes grupos etários, mas a maioria dos casos é diagnosticado na infância.<br>A presença de lesões múltiplas com diferentes características torna a Epidermólise Bolhosa uma patologia com desafios acrescidos. O cuidado das lesões é a base do tratamento para os pacientes com Epidermólise Bolhosa. O princípio fundamental no tratamento das lesões é a escolha de uma cobertura atraumática (não-aderente) que promova a cicatrização e evite dor e sangramento na remoção.<br>Os produtos de silicone são muito indicados para proteção e para feridas muito exsudativas além de serem interessantes como cobertura primária, pois promovem uma aderência leve entre a ferida que evita fricção e pode ser retirado de forma atraumática, evitando a formação de novas lesões.<br>Os profissionais de saúde precisam realizar uma avaliação cuidadosa e individualizada pois precisam estar atentos a todos os sinais e sintomas que possam indicar o agravo ou aparecimento de novas lesões.<br>O *curativo absorvente auto adesivo de silicone suave 15 cm x 15 cm* será utilizado apenas nos pacientes atendidos por profissionais do Ambulatório de Epidermólise Bolhosa do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) que, atualmente, é a referência para os pacientes portadores de EB no Distrito Federal. Importante ressaltar que o Ambulatório do HRT atende, também, pacientes portadores de Hidradenite Supurativa que também utilizam o mesmo tratamento em suas lesões.<br>Vale reforçar que o desabastecimento deste item pode causar consequências sérias à saúde dos pacientes portadores de doenças raras como Epidermólise Bolhosa e hidradenite supurativa visto que pode acarretar agravamento das lesões de pele já existentes e o surgimentos de novas lesões devido à falta de proteção oferecida por esta cobertura. Além disso, a exposição da lesão pode atrair bactérias e outros microrganismos e favorecer o surgimento de reinfecções. Por fim, a utilização de um curativo tradicional em virtude do curativo de transferência de exsudato pode provocar traumas sérios em peles íntegras extremamente fragilizadas devido à diminuição do intervalo de trocas das coberturas.<br>A aquisição visa o atendimento dos pacientes que padecem de uma doença genética grave e limitante, que anteriormente conseguiam o item através de judicialização, e agora tem acesso ao atendimento de Enfermagem e fornecimento dos insumos de forma regular por esta SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo | NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| de Viabilidade) | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ABSORVENTE AUTO-ADESIVO DE SILICONE SUAVE ESTÉRIL – EPIDERMOLISE BOLHOSA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____
Tamanho: □ 10 cm x 10 cm □ 15 cm x 15 cm □ 15 cm x 20 cm

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (espuma de poliuretano com silicone suave) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

| **3- PARECER FINAL** | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:** _____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____

| | |
|---|---|
| | Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 15 CM x 20 CM, ESTÉRIL - EPIDERMOLISE BOLHOSA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12968 | 0402560 | | | | X (AMBULATORIO HRT) | | |
| Descrição Completa | CURATIVO ABSORVENTE AUTO ADESIVO DE SILICONE SUAVE 15 CM x 20 CM, ESTÉRIL - EPIDERMOLISE BOLHOSA. Aplicação: cobertura para proteção de áreas de hipersensibilidade da pele às lesões e formações de bolhas(Epidermólise Bolhosa). Material: espuma de poliuretano com uma camada de silicone suave. Características adcionais: atraumático, microporoso, flexível e com propriedades de microaderência seletiva. Apresentação: embalagem individual. Unidade de estoque: unidade (UN). CÓDIGO SES: 12968. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Epidermólise Bolhosa faz parte de um grupo de doenças hereditárias caracterizado pela fragilidade cutânea com formação de bolhas espontâneas ou ao mínimo trauma. Tais alterações são causadas por um defeito no gene responsável por produzir o colágeno e queratina que são responsáveis pela junção das estruturas que constituem a pele.<br>Trata-se de uma doença rara e uma das mais complexas doenças conhecidas com implicações devastadoras em alguns subtipos implicando em baixa qualidade de vida e pouca sobrevida de seus portadores proporcionando dor física, sofrimento emocional e impacto econômico.<br>Existem 4 grandes tipos: Epidermólise Bolhosa Simples, Epidermólise Bolhosa Juncional, Epidermólise Bolhosa Distrófica e Síndrome de Kindler. Sabe-se que ainda é uma doença sem cura e, por isso, os cuidados e suporte ao tratamento de feridas e prevenção de complicações são essenciais na abordagem ao paciente. A Epidermólise Bolhosa pode afetar todos os indivíduos de diferentes grupos etários, mas a maioria dos casos é diagnosticado na infância.<br>A presença de lesões múltiplas com diferentes características torna a Epidermólise Bolhosa uma patologia com desafios acrescidos. O cuidado das lesões é a base do tratamento para os pacientes com Epidermólise Bolhosa. O princípio fundamental no tratamento das lesões é a escolha de uma cobertura atraumática (não-aderente) que promova a cicatrização e evite dor e sangramento na remoção.<br>Os produtos de silicone são muito indicados para proteção e para feridas muito exsudativas além de serem interessantes como cobertura primária, pois promovem uma aderência leve entre a ferida que evita fricção e pode ser retirado de forma atraumática, evitando a formação de novas lesões.<br>Os profissionais de saúde precisam realizar uma avaliação cuidadosa e individualizada pois precisam estar atentos a todos os sinais e sintomas que possam indicar o agravo ou aparecimento de novas lesões.<br>Vale reforçar que o desabastecimento deste item pode causar consequências sérias à saúde dos pacientes portadores de doenças raras como Epidermólise Bolhosa e hidradenite supurativa visto que pode acarretar agravamento das lesões de pele já existentes e o surgimentos de novas lesões devido à falta de proteção oferecida por esta cobertura. Além disso, a exposição da lesão pode atrair bactérias e outros microrganismos e favorecer o surgimento de reinfecções. Por fim, a utilização de um curativo tradicional em virtude do curativo de transferência de exsudato pode provocar traumas sérios em peles íntegras extremamente fragilizadas devido à diminuição do intervalo de trocas das coberturas.<br>A aquisição visa o atendimento dos pacientes que padecem de uma doença genética grave e limitante, que anteriormente conseguiam o item através de judicialização, e agora tem acesso ao atendimento de Enfermagem e fornecimento dos insumos de forma regular por esta SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

| MTE, e outras. | |
|---|---|
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CURATIVO ABSORVENTE AUTO-ADESIVO DE SILICONE SUAVE ESTÉRIL – EPIDERMOLISE BOLHOSA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____
Tamanho: □ 10 cm x 10 cm □ 15 cm x 15 cm □ 15 cm x 20 cm

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Íntegra e oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso, mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações claras de abertura, não permitindo o selamento posterior à sua abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações para o uso na embalagem, espectro ou similar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composto por material hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (espuma de poliuretano com silicone suave) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fácil manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa aderência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Atraumático ao ser removido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impermeável à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona economia de material | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:**_____

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:** _____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja | |

| | |
|---|---|
| Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESPARADRAPO CIRURGICO 10CM x 4,5M EM CARRETEL PLASTICO COM CAPA PROTETORA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92240 | 437860 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ESPARADRAPO CIRURGICO 10CM x 4,5M EM CARRETEL PLASTICO COM CAPA PROTETORA. Aplicação: fixação de curativos, cateteres e outros. Material: 100% em algodão, adesivo em borracha atóxica. Características Adicionais: impermeável, que apresente excelente adesividade, fixação e resistência, que apresente facilidade de corte sem utilização de instrumentos de corte, que não cause trauma a pele quando da remoção, em carretel plástico com capa protetora que ofereça proteção ao produto. Unidade De Estoque: rolo (RL) acondicionado em caixa. Código SES: 092240. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESPARADRAPO – Consiste em item indispensável para fixação de curativos, bandagens, oclusões de lesões agudas, crônicas ou operatórias e demais aplicabilidades. Trata-se de um insumo amplamente utilizado em todos os níveis de atenção. A aquisição visa atender a demanda dos serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, unidades hospitalares e outros. A ausência deste objeto acarretará prejuízo no atendimento ao usuário da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETR Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESPARADRAPO CIRURGICO 10CM X 4,5M | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em rolo plástico com capa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa fixação e resistência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele quando da remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impermeável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece o corte sem uso de instrumentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FITA CIRURGICA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 10CM x 10M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92361 | 437866 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | FITA CIRURGICA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 10CM x 10M. Aplicação: fixação de curativos, cateteres e outros em regiões do corpo com alta sensibilidade. Material: Raiom de viscose não-tecido e adesivo sintético. Características Adicionais: de espessura fina, na cor branca, características microporosas que permitam livre transpiração da pele, permeável ao ar e aos vapores d'água, repelente a água, radiotransparente, que apresente boa adesividade, se amolde aos contornos e não provoque traumatismo na pele quando da remoção. Apresentação: rolo plástico com capa que ofereça proteção ao produto. Unidade De Estoque: rolo (RL), Código SES: 092361. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA – A fita cirúrgica hipoalérgica microporosa é confeccionada em tecido à base de rayon com aplicação de massa adesiva hipoalérgica. É indicada para uso em pacientes de pele sensível (neonatologia, pediatria, geriatria), uma vez que não causa e/ou irritação ao ser removida da fixação de curativos; sondas; drenos; cateteres; e dispositivos para infusão venosa. Utilizadas largamente em todos os níveis de atenção e visa abastecer Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, unidades hospitalares e outros. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 1,2cm x 10m □ 2,5cm x 10m □ 10cm x 10m □ 50cm x 10m | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em rolo plástico com capa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele quando da remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Microporosidade e permeabilidade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura fina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Coloração branca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Repelente à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FITA CIRURGICA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 5CM x 10M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92363 | 437867 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | FITA CIRURGICA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 5CM x 10M. Aplicação: fixação de curativos, cateteres e outros em regiões do corpo com alta sensibilidade. Material: Raiom de viscose não-tecido e adesivo sintético. Características Adicionais: de espessura fina, na cor branca, características microporosas que permitam livre transpiração da pele, permeável ao ar e aos vapores d'água, repelente a água, radiotransparente, que apresente boa adesividade, se amolde aos contornos e não provoque traumatismo na pele quando da remoção. Apresentação: rolo plástico com capa que ofereça proteção ao produto. Unidade De Estoque: rolo (RL) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA – A fita cirúrgica hipoalérgica microporosa é confeccionada em tecido à base de rayon com aplicação de massa adesiva hipoalérgica. É indicada para uso em pacientes de pele sensível (neonatologia, pediatria, geriatria), uma vez que não causa e/ou irritação ao ser removida da fixação de curativos; sondas; drenos; cateteres; e dispositivos para infusão venosa. Utilizadas largamente em todos os níveis de atenção e visa abastecer Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, unidades hospitalares e outros. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____ Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 1,2cm x 10m □ 2,5cm x 10m □ 10cm x 10m □ 50cm x 10m | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em rolo plástico com capa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele quando da remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Maleável, favorecendo a aplicação aos contornos do corpo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Microporosidade e permeabilidade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Espessura fina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Coloração branca | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Repelente à água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FILME ADESIVO TRANSPARENTE NAO ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 32464 | 417418 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | FILME ADESIVO TRANSPARENTE NAO ESTERIL. Aplicação: impermeabilização na cobertura secundária de lesões. Composição: filme de poliuretano, não estéril e adesivo hipoalergênico. Características adicionais: dimensões de 10cmx10m, aproximadamente. Apresentação: rolo acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FILME ADESIVO TRANSPARENTE NÃO ESTÉRIL – O filme transparente é um adesivo indicado como cobertura secundária de curativos. É semipermeável, ou seja, permite a passagem de gases e vapores, permitindo a respiração da pele e, ao mesmo tempo, é impermeável às bactérias e à água (não necessitando ser retirado para o banho). Pode ser usado em todos os níveis de atenção e tem como vantagens: promover conforto ao paciente, evitar macerações e alergias na pele, facilitar a inspeção da pele, além de reduzir consideravelmente o uso de outros adesivos como micropore e esparadrapo. A aquisição visa atender a demanda dos serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, unidades hospitalares e outros. A ausência deste objeto poderá acarretar prejuízo no atendimento ao usuário da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FILME ADESIVO TRANSPARENTE NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece o manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho compatível com o solicitado (10cm x 10m) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composto por filme de poliuretano | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa fixação e resistência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele quando da remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impermeável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite economia de material | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite economia de horas de trabalho de enfermagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FIXADOR ADESIVO DE CANULA, SONDA E CATETER NASAL ADULTO | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 12329 | 289437 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | FIXADOR ADESIVO DE CÂNULA, SONDA E CATETER NASAL ADULTO NÃO ESTÉRIL. Aplicação: para fixação externa de cânula, sonda e cateter nasal. Material: fita adesiva de material hipoalergênico e livre de látex. Características adicionais: Formato anatômico de fácil aplicação, tamanho adulto, longa permanência e de fácil remoção. Apresentação: acondicionados em embalagem com no máximo 100 unidades. Unidade de Estoque: Unidade (UN). | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FIXADOR ADESIVO DE CÂNULA, SONDA E CATETER NASAL – Consiste em um adesivo desenvolvido para fixação externa de cânulas, sondas e cateteres, confeccionado em material que proporciona fixação adequada e segura à pele do paciente. Reduz consideravelmente o risco de lesões causadas por fixações inadequadas e perdas acidentais dos dispositivos, além do uso de esparadrapo. Amplamente utilizado em todos os níveis de atenção, principalmente em unidades de internação e UTI. Sua ausência pode comprometer a assistência realizada aos usuários do serviço de saúde da SES-DF. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FIXADOR ADESIVO DE CÂNULA, SONDA E CATETER NASAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Hipoalergênico e isento de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Adesivo de uso médico-hospitalar | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa fixação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | É de fácil remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa durabilidade (longa permanência) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 10 unidades por embalagem | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Descrição Resumida | FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL ADULTO USO UNICO NAO ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 23667 | 0279972 | | | | X | X | X |
| Descrição Completa | FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL ADULTO USO UNICO NAO ESTERIL. Aplicação: propiciar posicionamento e fixação seguros do tubo endotraqueal e prevenir extubações acidentais. Material: confeccionado em material de fibra de algodão e velcro. Características Adicionais: permitir fixação de tubos endotraqueais de uso adulto, possibilitando ajuste aos diversos tamanhos de tubo, que não deslize, não restrinja o volume de ar que passa pelo tubo, que permita ajuste ao tamanho do pescoço do paciente e que não libere resíduos nem solte fiapos quando molhado ou na presença de fluidos corporais do paciente, flexível, com sistema de fixação com trava de segurança, antialérgico, atóxico. Apresentação: unidade embalada individualmente. Unidade de estoque: Unidade (UN). Código SES: 23667. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL – A aquisição dos dispositivos para fixação de tubo tem como finalidade garantir o adequado posicionamento do tubo orotraqueal, evitando complicações ocasionadas por instabilidade ou extubação acidental. Os fixadores de tubo são itens indispensáveis para manutenção das vias aéreas e amplamente utilizados em UTI, centro cirúrgico e emergências. Sua ausência pode comprometer a assistência realizada aos usuários do serviço de saúde da SES-DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Promove conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Velcro dobrável nas extremidades que permita boa fixação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa fixação, não deslizando mesmo em contato com saliva ou secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui trava de segurança para fixação segura (lacre) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a regulação ao diâmetro do tudo e cabeça do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho e formato compatíveis ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material acolchoado e composto por algodão atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Restringe o volume de ar ofertado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL USO UNICO NAO ESTERIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 23666 | 0380405 | | | | X | X |
| Descrição Completa | FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL INFANTIL USO UNICO NAO ESTERIL. Aplicação: propiciar posicionamento e fixação seguros do tubo endotraqueal e prevenir extubações acidentais. Material: confeccionado em material de fibra de algodão e velcro. Características Adicionais: permitir fixação de tubos endotraqueais, possibilitando ajuste aos diversos tamanhos de tubo, que não deslize, não restrinja o volume de ar que passa pelo tubo, que permita ajuste ao tamanho do pescoço do paciente e que não libere resíduos nem solte fiapos quando molhado ou na presença de fluidos corporais do paciente, flexível, com sistema de fixação com trava de segurança, antialérgico, atóxico. Apresentação: unidade embalada individualmente. Unidade de estoque: Unidade (UN). Código SES: 23667. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL – A aquisição dos dispositivos para fixação de tubo tem como finalidade garantir o adequado posicionamento do tubo orotraqueal, evitando complicações ocasionadas por instabilidade ou extubação acidental. Os fixadores de tubo são itens indispensáveis para manutenção das vias aéreas e amplamente utilizados em UTI, centro cirúrgico e emergências. Sua ausência pode comprometer a assistência realizada aos usuários do serviço de saúde da SES-DF. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Promove conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Velcro dobrável nas extremidades que permita boa fixação | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta boa fixação, não deslizando mesmo em contato com saliva ou secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui trava de segurança para fixação segura (lacre) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a regulação ao diâmetro do tudo e cabeça do paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho e formato compatíveis ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material acolchoado e composto por algodão atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Restringe o volume de ar ofertado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12325 | 390831 | | X | | X | X | X |
| Descrição Completa | FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO NÃO ESTÉRIL. Aplicação: fixar a cânula de traqueostomia ao pescoço. Material: composto de espuma acolchoada em algodão atóxico. Tamanho: comprimento total variando entre 40 e 60cm. Características Adicionais: composto por duas bandas, confeccionado em tecido de algodão,com forro de malha de algodão atóxico, hipoalergênico e que não provoque lesões. Com velcro dobrável nas duas extremidades para fixação da cânula de traqueostomia, regulável para união das bandas e ajuste aos diferentes tamahos de pescoço, livre de látex. Apresentação: embalagem plástica individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FIXADOR DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA – A traqueostomia consiste em uma pequena abertura feita na traqueia por onde é introduzido uma cânula para garantir a via aérea e para facilitar a entrada de ar. Para manter a cânula no local e evitar lesões na pele, é necessário realizar adequada fixação. A saída acidental da cânula constitui em uma intercorrência grave, podendo levar a obstrução da via aérea, causando agravo ao quadro do paciente ou até mesmo óbito.<br>Os fixadores são utilizados em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente em UTI e internação. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FIXADOR DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____ Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Proporciona abertura adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Promove conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Velcro dobrável nas extremidades que permitam boa fixação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a regulação ao diâmetro cervical | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento e formato compatíveis ao solicitado (2 bandas) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material acolchoado e composto por algodão atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico e livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Observado algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 12321 | 390832 | | X | | X | X | X |
| Descrição Completa | FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL NÃO ESTÉRIL. Aplicação: fixar a cânula de traqueostomia ao pescoço. Material: composto de espuma acolchoada em algodão atóxico. Tamanho: comprimento total variando entre 30 e 40cm. Características Adicionais: composto por duas bandas, confeccionado em tecido de algodão, com forro de malha de algodão atóxico, hipoalergênico e que não provoque lesões. Com velcro dobrável nas duas extremidades para fixação da cânula de traqueostomia, regulável através de velcro para união das bandas e ajuste aos diferentes tamanhos de pescoço, livre de látex. Apresentação: embalagem plástica individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | FIXADOR DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA – A traqueostomia consiste em uma pequena abertura feita na traqueia por onde é introduzido uma cânula para garantir a via aérea e para facilitar a entrada de ar. Para manter a cânula no local e evitar lesões na pele, é necessário realizar adequada fixação. A saída acidental da cânula constitui em uma intercorrência grave, podendo levar a obstrução da via aérea, causando agravo ao quadro do paciente ou até mesmo óbito.<br>Os fixadores são utilizados em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente em UTI e internação. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FIXADOR DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: _____Nº de amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Embalagem: | | | | | | |
| | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Identificação completa | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Proporciona abertura adequada | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Recomendações de uso | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Data de fabricação | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Data de validade | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |
| | Produto | | | | | | |
| | Promove conforto ao paciente | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Velcro dobrável nas extremidades que permitam boa fixação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a regulação ao diâmetro cervical | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento e formato compatíveis ao solicitado (2 bandas) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material acolchoado e composto por algodão atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico e livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Mantém a integridade da pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Observado algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 32455 | 389432 | | | | X | | |
| Descrição Completa | BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL. Aplicação: fixar dispositivos em pacientes neonatos. Material: algodão e rayon recobertos com adesivo de borracha permeável natural (látex). Tamanho: comprimento total variando de 4 a 5 metros e largura de 10 cm (+/- 1 cm). Características adicionais: rolo de algodão, viscose e látex. Processo de Esterilização: não estéril. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL - Trata-se de um material composto de algodão e rayon recobertos com adesivo de borracha natural. Na rede SES/DF é utilizado para fixar dispositivos, especialmente, tubos endotraqueais em pacientes neonatos em unidades de terapia intensiva neonatal. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE BANDAGEM ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completO | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem individual | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com descritivo (4-5m X 4-6m) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta adesividade adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação compatível como o solicitado (rolo) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| É de fácil remoção | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Atende a finalidade pretendida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove conforto ao neonato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Observado algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Descrição Resumida | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO G | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 32039 | 413466 | | | | X | | |
| Descrição Completa | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO G. Aplicação: Proteção ocular do recém-nascido em uso de fototerapia, bloquear a passagem de luz, uso hospitalar. Material: composto em tecido que não solta resíduos. Características Adicionais: atóxico, hipoalergênico, livre de látex, anatômico, sem costuras, com blackout integrado e faixa de fixação ajustável. Processo de esterilização: não estéril. Apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | PROTETOR OCULAR NEONATAL – Trata-se de um produto indicado para a proteção ocular do neonato quando submetido à fototerapia. A fototerapia consiste na exposição do neonato à fonte de luz fluorescente com objetivo de tratar a icterícia neonatal causada por um aumento da bilirrubina sérica. É um tratamento simples e muito comum nas maternidades e hospitais.<br>Estudos indicam que esse tratamento pode causar lesão na retina pela exposição à luz. Sendo assim, os protetores oculares são itens indispensáveis para eliminar qualquer risco e para a aplicação da terapia.<br>A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários em maternidades e UTI neonatal da SES/DF. Sua ausência pode comprometer a assistência prestada, impossibilitando a realização do tratamento por fototerapia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem individual | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Não solta resíduos | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Blackout integrado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Faixa de fixação ajustável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove conforto ao neonato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico e sem costuras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO M | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 32038 | 413352 | | | | X | |
| Descrição Completa | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO M. Aplicação: Proteção ocular do recém-nascido em uso de fototerapia, bloquear a passagem de luz, uso hospitalar. Material: composto em tecido que não solta resíduos. Características Adicionais: atóxico, hipoalergênico, livre de látex, anatômico, sem costuras, com blackout integrado e faixa de fixação ajustável. Processo de esterilização: não estéril. Apresentação: embalagem individual. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | PROTETOR OCULAR NEONATAL – Trata-se de um produto indicado para a proteção ocular do neonato quando submetido à fototerapia. A fototerapia consiste na exposição do neonato à fonte de luz fluorescente com objetivo de tratar a icterícia neonatal causada por um aumento da bilirrubina sérica. É um tratamento simples e muito comum nas maternidades e hospitais.<br>Estudos indicam que esse tratamento pode causar lesão na retina pela exposição à luz. Sendo assim, os protetores oculares são itens indispensáveis para eliminar qualquer risco e para a aplicação da terapia.<br>A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários em maternidades e UTI neonatal da SES/DF. Sua ausência pode comprometer a assistência prestada, impossibilitando a realização do tratamento por fototerapia. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem individual | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Não solta resíduos | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Blackout integrado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Faixa de fixação ajustável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove conforto ao neonato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico e sem costuras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO P | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 32037 | 413351 | | | | X | |
| Descrição Completa | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO P. Aplicação: Proteção ocular do recém-nascido em uso de fototerapia, bloquear a passagem de luz, uso hospitalar. Material: composto em tecido que não solta resíduos. Características Adicionais: Atóxico, hipoalergênico, livre de látex, anatômico, sem costuras, com blackout integrado e faixa de fixação ajustável. Processo de esterilização: não estéril. Apresentação: embalagem individual. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | PROTETOR OCULAR NEONATAL – Trata-se de um produto indicado para a proteção ocular do neonato quando submetido à fototerapia. A fototerapia consiste na exposição do neonato à fonte de luz fluorescente com objetivo de tratar a icterícia neonatal causada por um aumento da bilirrubina sérica. É um tratamento simples e muito comum nas maternidades e hospitais.<br>Estudos indicam que esse tratamento pode causar lesão na retina pela exposição à luz. Sendo assim, os protetores oculares são itens indispensáveis para eliminar qualquer risco e para a aplicação da terapia.<br>A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários em maternidades e UTI neonatal da SES/DF. Sua ausência pode comprometer a assistência prestada, impossibilitando a realização do tratamento por fototerapia. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem individual | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Não solta resíduos | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Blackout integrado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Faixa de fixação ajustável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove conforto ao neonato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico e sem costuras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO PP | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 37565 | 456371 | | | | X | |
| Descrição Completa | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO PP. Aplicação: Proteção ocular do recém-nascido em uso de fototerapia, bloquear a passagem de luz, uso hospitalar. Material: composto em tecido que não solta resíduos. Características Adicionais: Atóxico, hipoalergênico, livre de látex, anatômico, sem costuras, com blackout integrado e faixa de fixação ajustável. Processo de esterilização: não estéril. Apresentação: embalagem individual. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | PROTETOR OCULAR NEONATAL – Trata-se de um produto indicado para a proteção ocular do neonato quando submetido à fototerapia. A fototerapia consiste na exposição do neonato à fonte de luz fluorescente com objetivo de tratar a icterícia neonatal causada por um aumento da bilirrubina sérica. É um tratamento simples e muito comum nas maternidades e hospitais.<br>Estudos indicam que esse tratamento pode causar lesão na retina pela exposição à luz. Sendo assim, os protetores oculares são itens indispensáveis para eliminar qualquer risco e para a aplicação da terapia.<br>A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários em maternidades e UTI neonatal da SES/DF. Sua ausência pode comprometer a assistência prestada, impossibilitando a realização do tratamento por fototerapia. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PROTETOR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo:_____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendação para o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem individual | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Não solta resíduos | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Blackout integrado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Faixa de fixação ajustável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Promove conforto ao neonato | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato anatômico e sem costuras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LENÇO REMOVEDOR/LIBERADOR DE ADESIVO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37705 | 410579 | | | | | | X |
| Descrição Completa | LENÇO REMOVEDOR/LIBERADOR DE ADESIVO. Composição: lenço removedor de adesivos, de uso externo, não estéril, de uso único, saturado com substância que facilite a remoção de materiais colantes aderidos à pele, composto por silicone, compatível com a pele do recém-nascido prematuro, atóxico, sem álcool, sem fragrância, sem corantes, livre de óleo, que não deixe resíduos na pele após sua aplicação, principalmente os que impeçam a aderência de outros materiais adesivados. Características Adicionais: embalagens individuais, secagem rápida. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | LENÇO REMOVEDOR/LIBERADOR DE ADESIVO - É um insumo utilizado para retirada de curativos, fitas de fixação de tubos, sondas, drenos e bolsas de colostomia em recém-nascidos internados nas unidades neonatais da rede pública do DF.<br>O uso de curativos adesivos é necessário em muitas ocasiões, no entanto a sua simples colocação remove 90% do estrato córneo, promovendo ruptura da barreira cutânea normal. Dessa forma, faz-se necessário a utilização de produtos que minimizem o danos causados por estes adesivos no momento de sua retirada. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO LENÇO REMOVEDOR DE ADESIVO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade legíveis | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embebido em substância que facilita remoção de adesivos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Compatível/indicado para pele do recém-nascido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Isento de álcool, fragrância, corante e óleo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Produto atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Secagem rápida, sem deixar resídos na pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Após o uso, permite aderência de outros materiais adesivados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CLAMP UMBILICAL ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35888 | 447065 | | | X | X | | X |
| Descrição Completa | Clamp Umbilical Estéril. Aplicação: Indicado para prender o cordão umbilical do recém-nascido, após o parto. Clamp umbilical é indicado para ligadura ou para prender o cordão umbilical do recém-nascido. Apresentação: Clamp confeccionado em plástico, apresentando um sistema de travamento e lacre definitivo com fecho plástico inviolável. Embalado individualmente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | CLAMP UMBILICAL ESTÉRIL - É um insumo de extrema importância, visto se tratar de um dispositivo ideal para prender o cordão umbilical do recém-nascido após o parto. O procedimento consiste em prender o cordão umbilical com o dispositivo, permitindo o corte seguro e evitando sangramentos. Será utilizado em todos os hospitais que possuam serviços de atenção ao Parto e Nascimento. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CLAMP UMBILICAL ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade legíveis | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto: | | |
| Composição compatível com descritivo (plástico resistente) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Superfície sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite o clampeamento do cordão sem lesioná-lo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Facilita a colocação na técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| A trava permite boa fixação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Curvatura anatômica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material lavável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ALGODAO HIDROFILO BRANCO 20CMX100CM EM ROLO 500G | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91060 | 0279726 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ALGODAO HIDROFILO BRANCO 20CMX100CM EM ROLO 500G, Tamanho: 20cm X 100cm, peso 500g. Aplicação: assepsia da pele, confecção de chumaços e outros, Material: 100% algodão, Características Adicionais: manta uniforme que favoreça a separação em camadas em toda sua extensão, sem sujidade, macio, com boa absorção, inodoro, com embalagem que ofereça proteção ao produto durante o transporte, armazenamento até o seu consumo, Apresentação: rolos embalados individualmente. Unidade De Estoque: rolo (RL), Código SES: 091060. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ALGODÃO HIDRÓFILO BRANCO – Trata-se de um insumo amplamente utilizado em todos os níveis de atenção da rede SES/DF. Indicado para diversos procedimentos como: higiene corporal, elaboração de curativos, antissepsia da pele antes de procedimentos de punção, entre outros. Utilizado em todos os níveis de atenção à saúde da rede. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ALGODÃO HIDRÓFILO BRANCO EM ROLO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: _____Nº de Amostras: _____ Tamanho: 20 cm X 100 cm | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Manta uniforme que favoreça a separação em camadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Manta uniforme em toda sua extensão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Livre de sujidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material macio e inodoro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas regulares e bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Peso compatível com o solicitado (500g) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 2 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 10CM X 1,8M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24924 | 444355 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 10CM X 1,8M. Aplicação: terapia compressiva, aplicações ortopédicas e outros. Tamanho: 10cm X 1,8m em repouso e , no mínimo, 2,7m esticada, com 13 fios/cm², pesando aproximadamente 22 g. Material: crepom, predominantemente algodão com elasticidade no sentido longitudinal. Características Adicionais: macia, elástica, de alta resistência, trama e urdume regulares, acabamento da auréla que não solte fiapos, sem sujidade. Apresentação: rolo embalado individualmente, acondicionado em caixa. Unidade de Estoque: rolo(RL). Código SES: 24924. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ATADURA DE CREPOM – A aquisição das ataduras de crepom tem como finalidade absorção de sangue, secreções, fluídos, exsudatos, bem como terapia compressiva, imobilização, enfaixamento, fixação de curativos e demais aplicabilidades de acordo com a especificidade de cada objeto. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ATADURA DE CREPOM 13 FIOS | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10cm x 1,8m (21.8g) □ 15cm x 1,8m (32.7g) □ 20cm x 1,8m (42,8g)<br>□ 25cm x 1,8m (54,1) □ 30cm x 1,8m (64,3g) | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (em repouso e esticado) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (predominantemente algodão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Numero de fios por cm² compatível com o descritivo (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Trama regular e uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Enrolamento alinhado e livre de emendas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Peso aproximado compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa elasticidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidades, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada de forma a não permitir o desfiamento nas laterais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas regulares, sem fiapos soltos e bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 15CM X 1,8M | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 24925 | 444365 | | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 15CM X 1,8M. Aplicação: terapia compressiva, aplicações ortopédicas e outros. Tamanho: 15cm X 1,8m em repouso e , no mínimo, 2,7m esticada, com 13 fios/cm², pesando aproximadamente 33 g. Material: crepom, predominantemente algodão com elasticidade no sentido longitudinal. Características Adicionais: macia, elástica, de alta resistência, trama e urdume regulares, acabamento da auréla que não solte fiapos, sem sujidade. Apresentação: rolo embalado individualmente, acondicionado em caixa. Unidade de Estoque: rolo(RL). Código SES: 24925. |
| Informação extra para justificativa da contratação | ATADURA DE CREPOM – A aquisição das ataduras de crepom tem como finalidade absorção de sangue, secreções, fluídos, exsudatos, bem como terapia compressiva, imobilização, enfaixamento, fixação de curativos e demais aplicabilidades de acordo com a especificidade de cada objeto. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ATADURA DE CREPOM 13 FIOS**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____

Tamanho: □ 10cm x 1,8m (21.8g) □ 15cm x 1,8m (32.7g) □ 20cm x 1,8m (42,8g) □ 25cm x 1,8m (54,1) □ 30cm x 1,8m (64,3g)

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com o solicitado (em repouso e esticado) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (predominantemente algodão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Numero de fios por cm² compatível com o descritivo (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Trama regular e uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Enrolamento alinhado e livre de emendas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Peso aproximado compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa elasticidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidades, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada de forma a não permitir o desfiamento nas laterais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas regulares, sem fiapos soltos e bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 20CM X 1,8M | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 24926 | 444371 | | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 20CM X 1,8M. Aplicação: terapia compressiva, aplicações ortopédicas e outros. Tamanho: 20cm X 1,8m em repouso e , no mínimo, 2,7m esticada, com 13 fios/cm², pesando aproximadamente 43 g. Material: crepom, predominantemente algodão com elasticidade no sentido longitudinal. Características Adicionais: macia, elástica, de alta resistência, trama e urdume regulares, acabamento da auréla que não solte fiapos, sem sujidade. Apresentação: rolo embalado individualmente, acondicionado em caixa. Unidade de Estoque: rolo(RL). Código SES: 24926. |
| Informação extra para justificativa da contratação | ATADURA DE CREPOM – A aquisição das ataduras de crepom tem como finalidade absorção de sangue, secreções, fluídos, exsudatos, bem como terapia compressiva, imobilização, enfaixamento, fixação de curativos e demais aplicabilidades de acordo com a especificidade de cada objeto. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AFE, ALVARÁ SANITÁRIO E REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ATADURA DE CREPOM 13 FIOS | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10cm x 1,8m (21.8g) □ 15cm x 1,8m (32.7g) □ 20cm x 1,8m (42,8g) □ 25cm x 1,8m (54,1) □ 30cm x 1,8m (64,3g) | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (em repouso e esticado) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (predominantemente algodão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Numero de fios por cm² compatível com o descritivo (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Trama regular e uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Enrolamento alinhado e livre de emendas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Peso aproximado compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa elasticidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidades, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada de forma a não permitir o desfiamento nas laterais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas regulares, sem fiapos soltos e bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Descrição Resumida | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 25CM X 1,8M | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24927 | 444373 | | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 25CM X 1,8M. Aplicação: terapia compressiva, aplicações ortopédicas e outros. Tamanho: 25cm X 1,8m em repouso e , no mínimo, 2,7m esticada, com 13 fios/cm², pesando aproximadamente 54 g. Material: crepom, predominantemente algodão com elasticidade no sentido longitudinal. Características Adicionais: macia, elástica, de alta resistência, trama e urdume regulares, acabamento da auréla que não solte fiapos, sem sujidade. Apresentação: rolo embalado individualmente, acondicionado em caixa. Unidade de Estoque: rolo(RL). Código SES: 24927. |
| Informação extra para justificativa da contratação | ATADURA DE CREPOM – A aquisição das ataduras de crepom tem como finalidade absorção de sangue, secreções, fluídos, exsudatos, bem como terapia compressiva, imobilização, enfaixamento, fixação de curativos e demais aplicabilidades de acordo com a especificidade de cada objeto. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ATADURA DE CREPOM 13 FIOS**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____
Tamanho: □ 10cm x 1,8m (21.8g) □ 15cm x 1,8m (32.7g) □ 20cm x 1,8m (42,8g)
□ 25cm x 1,8m (54,1) □ 30cm x 1,8m (64,3g)

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

| 2.1- Embalagem: | | |
|---|---|---|
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (em repouso e esticado) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (predominantemente algodão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Numero de fios por cm² compatível com o descritivo (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Trama regular e uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Enrolamento alinhado e livre de emendas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Peso aproximado compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Boa elasticidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidades, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada de forma a não permitir o desfiamento nas laterais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas regulares, sem fiapos soltos e bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 30CM X 1,8M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24928 | 444375 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 30CM X 1,8M. Aplicação: terapia compressiva, aplicações ortopédicas e outros. Tamanho: 30cm X 1,8m em repouso e , no mínimo, 2,7m esticada, com 13 fios/cm², pesando aproximadamente 64 g. Material: crepom, predominantemente algodão com elasticidade no sentido longitudinal. Características Adicionais: macia, elástica, de alta resistência, trama e urdume regulares, acabamento da auréla que não solte fiapos, sem sujidade. Apresentação: rolo embalado individualmente, acondicionado em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ATADURA DE CREPOM – A aquisição das ataduras de crepom tem como finalidade absorção de sangue, secreções, fluídos, exsudatos, bem como terapia compressiva, imobilização, enfaixamento, fixação de curativos e demais aplicabilidades de acordo com a especificidade de cada objeto. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ATADURA DE CREPOM 13 FIOS | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10cm x 1,8m (21.8g) □ 15cm x 1,8m (32.7g) □ 20cm x 1,8m (42,8g)<br>□ 25cm x 1,8m (54,1) □ 30cm x 1,8m (64,3g) | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (em repouso e esticado) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Composição compatível com descritivo (predominantemente algodão) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Numero de fios por cm² compatível com o descritivo (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Trama regular e uniforme | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Enrolamento alinhado e livre de emendas | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Peso aproximado compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa elasticidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidades, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Confeccionada de forma a não permitir o desfiamento nas laterais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas regulares, sem fiapos soltos e bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 10CM x 15CM ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 27780 | 439995 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 10CM x 15CM ESTERIL. Aplicação: como cobertura primária e/ou secundária em feridas altamente exsudativas e/ou saguinolentas e para proteção de proeminências ósseas. Material: tecido de gaze 100% algodão e algodão hidrófilo. Cáracteríscias Adicionais: em 13 fios, com acabamento que não libere fiapos nem resíduos de algodão, medindo aberta 10 cm x 55-60 cm, com ausência de amido, alvejante óptico, fiapos e sujidades, altamente absorvente. Embalagem com selagem que assegure a esterilidade do produto em papel grau cirúrgico, ou similar, que permita abertura e transferência em técnica asséptica, sem delaminar. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixas. Unidade de estoque: Unidade (UN) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM – Compressa algodonada para curativo consiste em uma manta de algodão envolvida em tecido de gaze hidrófila. Indicada para cobertura primária ou secundária de lesões exsudativas. Diminui consideravelmente o uso de gazes estéreis, promovendo melhor absorção de sangue e secreções, minimizando o risco de vazamentos e proporcionando maior conforto ao paciente. Utilizados em todos os níveis de atenção à saúde da rede. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 10cm x 15 cm □ 15cm x 30cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Apresenta 13 fios por cm² | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composta por algodão 100% | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidade visível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Libera fiapos ou algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção de fluidos e secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 15CM x 30CM ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 27783 | 439996 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 15CM x 30CM ESTERIL. Aplicação: como cobertura primária e/ou secundária em feridas altamente exsudativas e/ou saguinolentas e para proteção de proeminências ósseas. Material: tecido de gaze 100% algodão e algodão hidrófilo. Cáracteríscias Adicionais: em 13 fios, com acabamento que não libere fiapos nem resíduos de algodãos, medindo aberta 15 cm x 60 cm, com ausência de amido, alvejante óptico, fiapos e sujidades, altamente absorvente. Embalagem com selagem que assegure a esterilidade do produto em papel grau cirúrgico, ou similar, que permita abertura e transferência em técnica asséptica, sem delaminar. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixas. Unidade de estoque: Unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM – Compressa algodonada para curativo consiste em uma manta de algodão envolvida em tecido de gaze hidrófila. Indicada para cobertura primária ou secundária de lesões exsudativas. Diminui consideravelmente o uso de gazes estéreis, promovendo melhor absorção de sangue e secreções, minimizando o risco de vazamentos e proporcionando maior conforto ao paciente. Utilizados em todos os níveis de atenção à saúde da rede. A aquisição visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: □ 10cm x 15 cm □ 15cm x 30cm Nº de amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Apresenta 13 fios por cm² | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composta por algodão 100% | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidade visível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Libera fiapos ou algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção de fluidos e secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA DE GAZE 7,5CM x 7,5CM 11 FIOS NAO ESTERIL PACOTE COM 500 UND | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91102 | 269972 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | COMPRESSA DE GAZE 7,5CM x 7,5CM 11 FIOS NAO ESTERIL PACOTE COM 500 UND. Aplicação: composição de bandejas para procedimentos cirúrgicos, clínicos e odontológicos. Material: 100% algodão. Características Adicionais: com 8 camadas, 5 dobras, 11 fios/cm², medindo aberta 15cm x 30cm, com empilhamento uniforme na embalagem, com trama e urdume regulares com ausência de fiapos, alvejante óptico, amido e sujidade. Que permita absorção imediata de fluidos e sangue. Embalagem plástica que promova a proteção do produto. Apresentação: pacote com 500 unidades. Unidade De Estoque: pacote (PCT). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA DE GAZE – Produto têxtil de forma e tamanhos variáveis para atender as diversas finalidades a que se destina, como por exemplo: auxílio em procedimentos cirúrgicos, limpeza, proteção mecânica, cobertura de feridas em curativos em geral, reforço estrutural da superfície local, contenção ou minimização de hemorragias, absorção de exsudatos ou secreções, entre outras.<br>As gazes estéreis com fio radiopaco são utilizadas para a realização de diversos tipos de cirurgias. Sua característica radiopaca tem como objetivo proporcionar maior segurança no ato cirúrgico, evitando possíveis esquecimentos de gazes em cavidades.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA DE GAZE – 11 FIOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: 7,5cm x 7,5cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (aberta: 15x30cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Composição em 100% algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 8 camadas e 5 dobras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Número de fios por cm² compatível com a especificação (11 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trama regular, livre de fiapos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Após processo de esterilização, manteve a disposição das fibras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou alteração na coloração após processo de esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 500 unidades por pacote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA DE GAZE 7,5CM x 7,5CM 13 FIOS ESTERIL ENVELOPE COM 10 UND | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 8421 | 269978 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | COMPRESSA DE GAZE 7,5CM x 7,5CM 13 FIOS ESTERIL ENVELOPE COM 10 UND. Aplicação: procedimentos cirúrgicos, limpeza e cobertura de feridas. Material: 100% algodão. Características Adicionais: 8 camadas, 5 dobras, com 13 fios/cm², medindo aberta 30 x 15cm, com trama e urdume regulares. Com ausência de amido, alvejante óptico, fiapos e sujidades. Embalagem com selagem que assegure a esterilidade do produto em papel grau cirúrgico, ou similar, que permita abertura e transferência em técnica asséptica, sem delaminar. Apresentação: envelope com 10 unidades. Unidade De Estoque: envelope (EN), Código SES: 008421. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA DE GAZE – Produto têxtil de forma e tamanhos variáveis para atender as diversas finalidades a que se destina, como por exemplo: auxílio em procedimentos cirúrgicos, limpeza, proteção mecânica, cobertura de feridas em curativos em geral, reforço estrutural da superfície local, contenção ou minimização de hemorragias, absorção de exsudatos ou secreções, entre outras.<br>As gazes estéreis com fio radiopaco são utilizadas para a realização de diversos tipos de cirurgias. Sua característica radiopaca tem como objetivo proporcionar maior segurança no ato cirúrgico, evitando possíveis esquecimentos de gazes em cavidades.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA DE GAZE – 13 FIOS – ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Simples □ Radiopaco Tamanho: 7,5cm x 7,5cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Evidencias claras de que a embalagem foi aberta, não permitindo o selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | A área de selagem não atinge o conteúdo da embalagem (gazes) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado (aberta: 15x30cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição em 100% algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 8 camadas e 5 dobras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Número de fios por cm² compatível com a especificação (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trama regular, livre de fiapos, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 10 unidades por pacote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2.1 – Fio radiopaco** | | |
| | Apresenta radipacidade satisfatória ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| | Contem elemento radiopaco atravessando todo comprimento da gaze ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA DE GAZE 91CM x 91M NAO ESTERIL TIPO QUEIJO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25069 | 269989 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | COMPRESSA DE GAZE 91CM x 91M NAO ESTERIL TIPO QUEIJO. Aplicação: confecção de coxim, dissectores e outros. Material: 100% algodão. Características Adicionais: 09 fios/cm², com gramatura mínima de 16g/m², com 8 camadas e 3 dobras uniformemente enroladas sobre si, com trama e urdume regulares com ausência de fiapos, alvejante óptico, amido e sujidade, que permita absorção imediata de fluídos e sangue. Apresentação: Rolo embalado individualmente. Unidade De Estoque: rolo (RL). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA DE GAZE – Produto têxtil de forma e tamanhos variáveis para atender as diversas finalidades a que se destina, como por exemplo: auxílio em procedimentos cirúrgicos, limpeza, proteção mecânica, cobertura de feridas em curativos em geral, reforço estrutural da superfície local, contenção ou minimização de hemorragias, absorção de exsudatos ou secreções, entre outras.<br>As gazes estéreis com fio radiopaco são utilizadas para a realização de diversos tipos de cirurgias. Sua característica radiopaca tem como objetivo proporcionar maior segurança no ato cirúrgico, evitando possíveis esquecimentos de gazes em cavidades.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA DE GAZE TIPO QUEIJO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: 91cm x 91m Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Composição em 100% algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 8 camadas e 3 dobras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Número de fios por cm² compatível com a especificação (9 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trama regular, livre de fiapos, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento, uniformemente enrolada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 2 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | X | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | GAZE ESTÉRIL COM FIO RADIOPACO 7,5 CM X 7,5 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 30253 | 269587 | | | | X | | |
| Descrição Completa | GAZE ESTÉRIL COM FIO RADIOPACO 7,5 CM X 7,5 CM, tipo 13 fios/cm2. Material: 100% algodão, com marcador radiopaco confeccionado com tecido tipo tela, com 8 camadas, 5 dobras, com 13 fios/cm2, medindo aberta 30 x 15 cm, com trama e urdume regulares. Com ausência de amido, alvejante óptico, fiapos e sujidades. Aplicação: indicada para procedimentos cirúrgicos com finalidade de absorção de sangue, líquidos e secreções. Uso exclusivo em Centro Cirúrgico/ Obstétrico. Embalagem com selagem que assegure a esterilidade do produto em papel grau cirúrgico, ou similar, que permita abertura e transferência em técnica asséptica, sem delaminar. Apresentação: envelope com 10 unidades. Unidade de estoque: Envelope. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA DE GAZE – Produto têxtil de forma e tamanhos variáveis para atender as diversas finalidades a que se destina, como por exemplo: auxílio em procedimentos cirúrgicos, limpeza, proteção mecânica, cobertura de feridas em curativos em geral, reforço estrutural da superfície local, contenção ou minimização de hemorragias, absorção de exsudatos ou secreções, entre outras.<br>As gazes estéreis com fio radiopaco são utilizadas para a realização de diversos tipos de cirurgias. Sua característica radiopaca tem como objetivo proporcionar maior segurança no ato cirúrgico, evitando possíveis esquecimentos de gazes em cavidades.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA DE GAZE – 13 FIOS – ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Simples ☐ Radiopaco Tamanho: 7,5cm x 7,5cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Evidencias claras de que a embalagem foi aberta, não permitindo o selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | A área de selagem não atinge o conteúdo da embalagem (gazes) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado (aberta: 15x30cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição em 100% algodão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 8 camadas e 5 dobras | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Número de fios por cm² compatível com a especificação (13 fios) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Trama regular, livre de fiapos, rasgos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 10 unidades por pacote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2.1 – Fio radiopaco** | | |
| | Apresenta radipacidade satisfatória ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| | Contem elemento radiopaco atravessando todo comprimento da gaze ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA CIRURGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO 25 X 28 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 34670 | 438055 | | | | X | | |
| Descrição Completa | Compressa cirúrgica para campo operatório exclusivo para procedimentos cirúrgicos. Material 100% algodão alvejado. Tamanho: aproximadamente 25 cm x 28 cm. Peso mínimo de 20 gramas. Livre de amido e branqueadores ópticos, com camadas sobrepostas fechadas nas extremidades com acabamento tipo overlock ou similar que não desfie e nem solte fiapos. Pré-lavada e pré-encolhida. Com alça/cadarço de segurança em uma das extremidades que não se desprenda durante o uso; com marcador radiopaco podendo ser do tipo fio ou placa flexível. Estéril por ETO ou Raios GAMA. Dobradas no padrão hospitalar embaladas em papel grau cirúrgico ou similar que assegure a esterilidade do produto e que permite transferência em técnica asséptica. Pacote com 5 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA CIRURGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO – A aquisição de compressas campo operatório estéril é fundamental para a realização de diversos tipos de cirurgias, visando absorção de sangue, secreções e fluidos corpóreos. Realiza ainda a contenção de sangramentos de cavidades e proteção de órgãos e tecidos de maneira atraumática. Sua funcionalidade transpassa o processo intra-operatório, podendo ser utilizadas para realização de curativos exsudativos ou pós-cirúrgicos.<br>As compressas cirúrgicas são amplamente utilizadas em unidades de centro cirúrgico e sua ausência pode comprometer a realização de cirurgias eletivas e de emergência. Ademais, por serem altamente absorventes podem ser usadas em UTI, unidades de internação e em outros níveis de assistência, para curativos em pacientes que apresentem. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA CIRÚRGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO - ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Estéril por ETO ou raios GAMA | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura mínima solicitada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composta por algodão 100% | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidade visível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de amido e alvejante óptico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acabamento tipo overlock ou similiar que não desfie ou solte fiapos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pré-lavada e pré-encolhida | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Camadas sobrepostas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Elemento radiopaco tipo fio ou placa flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alça ou cardarço que não se desprende com o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção de fluidos e secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 5 unidades por pacote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 45CM X 50CM NAO ESTERIL PACOTE COM 50 UND | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36725 | 462497 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 45CM X 50CM NAO ESTERIL PACOTE COM 50 UND. Aplicação (finalidade): absorção de fluídos e sangue em cavidade cirúrgica. Material: 100 % algodão, com elemento radiopaco, alça de algodão, 04 camadas sobrepostas, cor branca, acabamento com auréola e bainha em overlock, com ausência de branco óptico, de amido, de sujidade e de fiapos, pesando, no mínimo 25 gramas por compressa; deve oferecer absorção imediata de fluídos e sangue, deve permitir lavagem, secagem e esterilização com o mínimo de encolhimento, mantendo o padrão de qualidade que permita o uso. Embalagem plástica que garanta proteção ao produto durante transporte até o momento do uso. Apresentação: pacote plástico com 50 unidades, não estéril. Unidade De Estoque: pacote (PCT). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA CIRURGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO – A aquisição de compressas campo operatório estéril é fundamental para a realização de diversos tipos de cirurgias, visando absorção de sangue, secreções e fluidos corpóreos. Realiza ainda a contenção de sangramentos de cavidades e proteção de órgãos e tecidos de maneira atraumática. Sua funcionalidade transpassa o processo intra-operatório, podendo ser utilizadas para realização de curativos exsudativos ou pós-cirúrgicos.<br>As compressas cirúrgicas são amplamente utilizadas em unidades de centro cirúrgico e sua ausência pode comprometer a realização de cirurgias eletivas e de emergência. Ademais, por serem altamente absorventes podem ser usadas em UTI, unidades de internação e em outros níveis de assistência, para curativos em pacientes que apresentem | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA PARA CAMPO OPERATÓRIO NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho: 45 cm x 50 cm Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Gramatura mínima solicitada (25 gramas por compressa) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composta por algodão 100% | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de sujidade visível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de amido e alvejante óptico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acabamento tipo overlock ou similiar que não desfie ou solte fiapos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Camadas sobrepostas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Alça de algodão que não se desprende com o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção de fluidos e secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 50 unidades por pacote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite lavagem, secagem e esterilização com o mínimo de encolhimento, mantendo o padrão de qualidade que permita o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SWABS-LENÇO OU GAZE UMED. C/ALCOOL ISOPROPÍLICO 70% P/ ASSEPSIA DE PELE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 5310 | 392369 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | SWABS-LENÇO OU GAZE UMED. C/ALCOOL ISOPROPÍLICO 70% P/ ASSEPSIA DE PELE. Swab-lenço umedecido com álcool isopropílico 70%; medindo aproximadamente 3 cm x 6 cm (+/– 0,5 cm) aberto; Uso Descartável; Embalado individualmente em envelope sachê que garanta a integridade do produto. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | SWABS-LENÇO – O álcool em swab-lenço é utilizado para antissepsia da pele para a coleta de exames, administração de medicamentos por via endovenosa e/ou intramuscular, ou em qualquer procedimento que precise de antissepsia prévia (por ter apresentação livre de fibras de algodão reduz a ocorrência de infecção). Sua apresentação individualizada reduz consideravelmente a ocorrência de infecções cruzadas. Utilizado amplamente em todos os níveis de atenção da rede SES/DF. A aquisição visa atender as Diretrizes para a Prevenção de Doenças, que preconiza este insumo para o preparo da pele antes da realização da punção. Ademais, representa economia para o sistema de saúde, uma vez que, reduz o consumo de outros materiais como álcool à 70%, gazes, algodão, almotolias, além acelerar o processo de trabalho da equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SWAVS-LENÇO OU GAZE UMEDECIDA COM ÁLCOOL ISOTROPICO 70% P/ ASSEPSIA DE PELE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura (envelope) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Material compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Medidas compatíveis com o solicitado 3 cm x 6 cm (+/– 0,5 cm) aberto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Lenço umedecido em álcool | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 CAIXA | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | X | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TUBO DE LATEX Nº 200 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92512 | 265626 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | TUBO DE LÁTEX Nº 200. Aplicação: garroteamento de membro superior ou inferior em punção venosa periférica. Material: látex, Tamanho: diâmetro interno: 3mm, diâmetro externo: 5,5 mm, comprimento:15 m. Características Adicionais: tubo de látex, liso, maleável, com espessura regular na parede interna e externa, textura homogênea, ausência de resíduo interno. Apresentação: rolo com 15 metros, embalado individualmenteem saco plástico resistente. Unidade de Estoque: metro (M). Código SES: 092512. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | TUBO DE LÁTEX Nº 200 – O tubo de látex nº 200 ou garrote é utilizado para garroteamento de membro superior e inferior em punção venosa periférica e durante a coleta de sangue para facilitar a localização de veias, tornando-as proeminentes. A aquisição visa atender a demanda da rede SES/DF em todos os níveis de atenção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TUBO DE LÁTEX nº 200 | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com solicitado (15 m) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Diâmetro externo/interno compatíveis com o solicitado (5,5mm e 3mm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Parede de espessura regular (interna e externa) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Ausência de resíduos internos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa flexibilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa resistência | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 ROLO | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ABAIXADOR DE LINGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA, PACOTE COM 100 UND | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91180 | 348807 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ABAIXADOR DE LINGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA, PACOTE COM 100 UND. Material: madeira na cor natural, Características Adicionais: formato convencional, superfície lisa e sem rebarbas, bordas arredondadas e bem acabadas, descartável. Embalagem plástica ou similar que garanta proteção ao produto até o momento do uso, Apresentação: pacote com 100 unidades, Unidade De Estoque: pacote ( PCT ), Código SES: 091180. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ABAIXADOR DE LINGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA – Item utilizado para realização de exames clínicos, facilitando a visualização da orofaringe. Ademais, são utilizados na confecção de espátulas para higiene oral em pacientes hospitalizados. A ausência deste item compromete a assistência aos usuários, dificultando exames clínicos e cuidados de higiene. A aquisição visa abastecer a rede SES/DF em todos os níveis de atenção. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ABAIXADOR DE LINGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Produto de madeira em cor natural | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Superfícies lisas e sem rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Bordas arredondas e bem acabadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistência satisfatória durante a manipulação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____<br><br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 PACOTE |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA COLETA DE MATERIAL CERVICAL ESTERIL DESCARTAVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 6477 | 286037 | | X | X | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ESCOVA PARA COLETA DE MATERIAL CERVICAL ESTERIL DESCARTAVEL. Aplicação: coleta de material endocervical. Material: cabo plástico +ou- 17cm e microcerdas em nylon de +ou- 2cm, ponta da escova cônica. Apresentação: embalada individualmente, acondicionadas em saco ou caixa. Unidade De Estoque: unidade (UN) |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCOVA PARA COLETA DE MATERIAL CERVICAL ESTÉRIL e ESPATÚLA AYRES – A aquisição da escova para coleta de material cervical e a espátula de Ayres em madeira são itens indispensáveis para realização do exame preventivo (Papanicolau) em mulheres assistidas pela rede de saúde SES/DF. Utilizadas principalmente na atenção primária, são indicadas para auxiliar a coleta de material do canal endocervical e ectocervical. O exame preventivo é a principal estratégia para detectar lesões precocemente e fazer o diagnóstico da doença no seu início, reduzindo assim a mortalidade por câncer do colo de útero.<br>A ausência dos itens deste objeto acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, redução da produtividade, e comprometimento dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA COLETA DE MATERIAL CERVICAL ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Escova com ponta cônica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo plástico de aproximadamente 17cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Microcerdas em Nylon de aproximadamente 2cm | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Material atóxico e resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite boa execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESPÁTULA DE AYRES EM MADEIRA NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91183 | 453693 | | X | X | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ESPÁTULA DE AYRES EM MADEIRA NÃO ESTÉRIL. Aplicação: coleta de material endocervical. Material: madeira. Características Adicionais: confeccionada em madeira lisa, isenta de rebarbas, com superfícies devidamente acabadas, formato convencional. Embalagem plástica com 100 unidades acondicionados em caixa. Unidade De Estoque: pacote (PCT). |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCOVA PARA COLETA DE MATERIAL CERVICAL ESTÉRIL e ESPATÚLA AYRES – A aquisição da escova para coleta de material cervical e a espátula de Ayres em madeira são itens indispensáveis para realização do exame preventivo (Papanicolau) em mulheres assistidas pela rede de saúde SES/DF. Utilizadas principalmente na atenção primária, são indicadas para auxiliar a coleta de material do canal endocervical e ectocervical. O exame preventivo é a principal estratégia para detectar lesões precocemente e fazer o diagnóstico da doença no seu início, reduzindo assim a mortalidade por câncer do colo de útero.<br>A ausência dos itens deste objeto acarretará prejuízo do atendimento ao usuário do sistema de saúde, redução da produtividade, e comprometimento dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESPÁTULA DE AYRES EM MADEIRA NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem plástica acondicionada em caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Madeira lisa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Isenta de rebarbas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Formato compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO P, NÃO ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 35778 | 251501 | | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO P, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: Auxiliar no exame ginecológico vaginal. Características adicionais: Produzido em poliestireno, transparente, valvas anatômicas, com dispositivo de abertura tipo parafuso. Apresentação: embalagem individual. |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL – O espéculo vaginal descartável tem como finalidade manter as paredes vaginais afastadas, facilitando a visualização do colo uterino no exame ginecológico e auxiliando a colposcopia, biópsias e coleta de material para o exame preventivo do câncer de colo de útero.<br>As principais vantagens do uso do espéculo vaginal descartável é eliminar a possibilidade de contaminação e dispensar os altos gastos com esterilização. Quando se utiliza o espéculo metálico, ele deve ser obrigatoriamente esterilizado após o uso.<br>A aquisição do item visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: _____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Material compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Medidas compatíveis com o tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom encaixe do parafuso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | É confortável para a paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO M, NÃO ESTÉRIL | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 35779 | 251502 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO M, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: Auxiliar no exame ginecológico vaginal. Características adicionais: Produzido em poliestireno, transparente, valvas anatômicas, com dispositivo de abertura tipo parafuso. Apresentação: Embalagem individual. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL – O espéculo vaginal descartável tem como finalidade manter as paredes vaginais afastadas, facilitando a visualização do colo uterino no exame ginecológico e auxiliando a colposcopia, biópsias e coleta de material para o exame preventivo do câncer de colo de útero.<br>As principais vantagens do uso do espéculo vaginal descartável é eliminar a possibilidade de contaminação e dispensar os altos gastos com esterilização. Quando se utiliza o espéculo metálico, ele deve ser obrigatoriamente esterilizado após o uso.<br>A aquisição do item visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: _____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Material compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Medidas compatíveis com o tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom encaixe do parafuso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | É confortável para a paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO G, NÃO ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35780 | 257781 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL TAMANHO G, NÃO ESTÉRIL. Aplicação: Auxiliar no exame ginecológico vaginal. Características adicionais: Produzido em poliestireno, transparente, valvas anatômicas, com dispositivo de abertura tipo parafuso. Apresentação: Embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL – O espéculo vaginal descartável tem como finalidade manter as paredes vaginais afastadas, facilitando a visualização do colo uterino no exame ginecológico e auxiliando a colposcopia, biópsias e coleta de material para o exame preventivo do câncer de colo de útero.<br>As principais vantagens do uso do espéculo vaginal descartável é eliminar a possibilidade de contaminação e dispensar os altos gastos com esterilização. Quando se utiliza o espéculo metálico, ele deve ser obrigatoriamente esterilizado após o uso.<br>A aquisição do item visa atender as demandas dos serviços e dos usuários do serviço de saúde da SES/DF. A ausência acarretará prejuízo no atendimento e serviços oferecidos, podendo levar à suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde e consequentemente, risco à saúde do usuário. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESPÉCULO VAGINAL DESCARTÁVEL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: _____ Nº de Amostras:_____ Tamanho: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Material compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Medidas compatíveis com o tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a execução da técnica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom encaixe do parafuso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material resistente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | É confortável para a paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TERMOMETRO CLÍNICO DIGITAL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 15058 | 435801 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | TERMÔMETRO CLÍNICO DIGITAL. Aplicação: avaliação/monitoração da temperatura corporal. Material: termômetro em material plástico, ponta emborrachada flexível com terminal metálico inoxidável para captação da temperatura corporal, pode ou não ter corpo emborrachado. Características Adicionais: termômetro com ponta flexível para maior conforto dos pacientes durante a medição. Totalmente a prova d'água. Apresenta o resultado da medição em até 1 minuto através de beep sonoro, visor de cristal líquido de fácil visualização, memória da última medição. Com pilha e/ou bateria inclusa, recambiável. Temperatura medida em centígrados. Deve ter registro na ANVISA. Itens Inclusos: Manual de instruções e embalagem que garanta a conservação do produto. Garantia: de no mínimo 12 Meses. Forma de Apresentação: embalagem individual que garanta a conservação do produto. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O termômetro será utilizado para aferição da temperatura corporal, um sinal vital extremamente importante na prática clínica e no apoio da tomada de decisão da equipe de saúde. Os sinais vitais são indicadores das condições de saúde de uma pessoa e a utilização de termômetro permite de forma rápida e eficiente, verificar a temperatura corporal do paciente, de modo a identificar a presença de problemas como febre ou hipotermia, possibilitando intervenções terapêuticas médicas/ou de enfermagem, além de fornecer dados fisiológicos que o profissional utiliza na prática. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TERMÔMETRO DIGITAL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão Gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Protege o produto, mantendo sua integridade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Material resistente e compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ponta emborrachada flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Produto à prova d'água | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Visor de fácil visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite a leitura em graus celsius | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui beep sonoro que indica o término da aferição | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui memória da última aferição | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite leitura em até 1 minuto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pilha ou bateria inclusa e recambiável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Não se aplica. Produto novo com garantia mínima de 12 meses | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA SECA PARA ASSEPSIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | LACEN |
| 35893 | 280879 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA SECA PARA ASSEPSIA – conjunto escova/esponja, dupla face (escova seca), para degermação da pele, descartável, corpo em material plástico flexível, atóxico, tendo em uma das faces, cerdas macias que não causem abrasão e na outra esponja macia. Embalagem individual com selagem eficiente que garante a integridade do produto até o momento de sua utilização. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCOVAS PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS – São utilizadas para higienização das mãos visando a redução substancial ou eliminação da flora transitória e residente. Auxiliam na eliminação de microrganismos e sujidades de locais onde essa ação torna-se mais difícil, como é o caso das unhas e pregas cutâneas. As escovas associadas a antissépticos são indicadas para a degermação cirúrgica das mãos e dos antebraços e toda equipe cirúrgica, antes de qualquer procedimento cirúrgico ou antes da realização de procedimentos invasivos. São amplamente utilizadas em unidades de centro cirúrgico e sua ausência poderá comprometer os serviços oferecidos pela rede SES e a saúde dos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Seca □ PVPI 10% □ Clorexidina 2% Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Cerdas macias | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Esponja com densidade satisfatória e macia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Corpo em material plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Esponja impregnada com quantidade adequada de solução (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a realização da técnica de escovação das mãos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | X | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | 25% | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA DEGERMANTE PARA ASSEPSIA – CLOREXIDINA 2% | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | LACEN |
| 35898 | 276877 | | | | X | | |
| Descrição Completa | ESCOVA DEGERMANTE PARA ASSEPSIA - CLOREXIDINA 2%. Conjunto escova/esponja, dupla face para degermação da pele, descartável, corpo em material plástico flexível, atóxico, tendo em uma das faces, cerdas macias que não causem abrasão e na outra esponja macia impregnada em solução de gliconato de clorexidina 2% em quantidade adequada (aproximadamente 20ml), uso único, embalagem individual com selagem eficiente que garanta a integridade do produto até o momento de sua utilização. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCOVAS PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS – São utilizadas para higienização das mãos visando a redução substancial ou eliminação da flora transitória e residente. Auxiliam na eliminação de microrganismos e sujidades de locais onde essa ação torna-se mais difícil, como é o caso das unhas e pregas cutâneas. As escovas associadas a antissépticos são indicadas para a degermação cirúrgica das mãos e dos antebraços e toda equipe cirúrgica, antes de qualquer procedimento cirúrgico ou antes da realização de procedimentos invasivos. São amplamente utilizadas em unidades de centro cirúrgico e sua ausência poderá comprometer os serviços oferecidos pela rede SES e a saúde dos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA NA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: ☐ Seca ☐ PVPI 10% ☐ Clorexidina 2% Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Cerdas macias | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Esponja com densidade satisfatória e macia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Corpo em material plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Esponja impregnada com quantidade adequada de solução (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a realização da técnica de escovação das mãos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | 25% | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA DEGERMANTE PARA ASSEPSIA – PVPI 10% | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | LACEN |
| 35895 | 270525 | | | | X | | |
| Descrição Completa | ESCOVA DEGERMANTE PARA ASSEPSIA - PVPI DE 10%. Conjunto escova/esponja, dupla face para degermação da pele, descartável, corpo em material plástico flexível, atóxico, tendo em uma das faces, cerdas macias que não causem abrasão e na outra esponja macia impregnada em solução de PVPI à 10% + iodo 1% em quantidade adequada (mínimo 10ml), uso único, embalagem individual com selagem eficiente que garanta a integridade do produto até o momento de sua utilização. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ESCOVAS PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS – São utilizadas para higienização das mãos visando a redução substancial ou eliminação da flora transitória e residente. Auxiliam na eliminação de microrganismos e sujidades de locais onde essa ação torna-se mais difícil, como é o caso das unhas e pregas cutâneas. As escovas associadas a antissépticos são indicadas para a degermação cirúrgica das mãos e dos antebraços e toda equipe cirúrgica, antes de qualquer procedimento cirúrgico ou antes da realização de procedimentos invasivos. São amplamente utilizadas em unidades de centro cirúrgico e sua ausência poderá comprometer os serviços oferecidos pela rede SES e a saúde dos usuários. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tipo: □ Seca □ PVPI 10% □ Clorexidina 2% Nº de amostras:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece proteção ao produto desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Cerdas macias | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Esponja com densidade satisfatória e macia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Corpo em material plástico flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Esponja impregnada com quantidade adequada de solução (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a realização da técnica de escovação das mãos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | 25% | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL GRAU CIRURGICO 10CM x 100M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24970 | 442385 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL GRAU CIRURGICO 10CM x 100M. Aplicação: embalagem para esterilização de utensílio hospitalar. Composição: confeccionado em papel branco atóxico e filme laminado resistente a esterilização e manuseio, gramatura 60 a 80 g/m². Tamanho: rolo de 10 cm x 100m. Características Adicionais: conter nas bordas de selagem impressão com tinta indicativa química sem metais pesados em sua composição de cor clara que mude para cor escura e identifique que a embalagem passou pelo processo de esterilização em vapor saturado. A embalagem deve manter a eficácia da penetração do agente esterilizante, a manutenção da barreira microbiana, biocompatibilidade, resistência pré e pós esterilização e permitir abertura asséptica sem delaminação ou rasgos. Atender aos requisitos da NBR 14990. Processo de Esterilização: não estéril. Forma de apresentação: rolo com 100 m. Prazo de validade: 75% do prazo total de validade do produto. Unidade de estoque: rolo (RL). Código SES: 24970. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos.<br>As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento.<br>Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 100 m □ 15 cm x 100 m □ 25 cm x 100 m □ 45 cm x 100 m<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com descritivo (Papel branco atóxico e filme laminado) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura 60 a 80 g/m² com porosidade controlada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona barreira adequada contra partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta eficácia na penetração e saída do agente esterilizante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Manutenção da barreira microbiana e biocompatibilidade, permitindo a apresentação asséptica do produto no seu ponto de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa resistência pré e pós-esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica, sem delaminação ou rasgos após selado. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas de selagem com indicador químico que indique que a embalagem passou por processo de esterilização em vapor saturado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado que proporcionam barreira microbiana | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistência mecânica da selagem satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 ROLO | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto** | Y | | |

| | |
|---|---|
| (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL GRAU CIRÚRGICO 15 CM x 100M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 25759 | 443438 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL GRAU CIRÚRGICO 15 CM x 100M. Aplicação: embalagem para esterilização de utensílio hospitalar. Composição: confeccionado em papel branco atóxico e filme laminado resistente a esterilização e manuseio, gramatura 60 a 80 g/m². Tamanho: rolo 15 cm x 100m. Características Adicionais: conter nas bordas de selagem impressão com tinta indicativa química sem metais pesados em sua composição de cor clara que mude para cor escura e identifique que a embalagem passou pelo processo de esterilização em vapor saturado. A embalagem deve manter a eficácia da penetração do agente esterilizante, a manutenção da barreira microbiana, biocompatibilidade, resistência pré e pós esterilização e permitir abertura asséptica sem delaminação ou rasgos. Atender aos requisitos da NBR 14990. Processo de esterilização: não estéril. Forma de apresentação: rolo com 100 m. Prazo de validade: 75% do prazo total de validade do produto. Unidade de estoque: rolo (RL). Código SES: 25759 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos. As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento. Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 100 m □ 15 cm x 100 m □ 25 cm x 100 m □ 45 cm x 100 m | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Identificação completa | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Favorece a abertura | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Recomendações de uso | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com descritivo ( | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura 60 a 80 g/m² com porosidade controlada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona barreira adequada contra partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta eficácia na penetração e saída do agente esterilizante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Manutenção da barreira microbiana e biocompatibilidade, permitindo a apresentação asséptica do produto no seu ponto de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa resistência pré e pós-esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica, sem delaminação ou rasgos após selado. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas de selagem com indicador químico que indique que a embalagem passou por processo de esterilização em vapor saturado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado que proporcionam barreira microbiana | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistência mecânica da selagem satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 ROLO | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL GRAU CIRURGICO 25CM x 100M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24969 | 442386 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL GRAU CIRURGICO 25CM x 100M. Aplicação: embalagem para esterilização de utensílio hospitalar. Composição: confeccionado em papel branco atóxico e filme laminado resistente a esterilização e manuseio, gramatura 60 a 80 g/m². Características Adicionais: Conter nas bordas de selagem impressão com tinta indicativa química sem metais pesados em sua composição de cor clara que mude para cor escura e identifique que a embalagem passou pelo processo de esterilização em vapor saturado. A embalagem deve manter a eficácia da penetração do agente esterilizante, a manutenção da barreira microbiana, biocompatibilidade, resistência pré e pós esterilização e permitir abertura asséptica sem delaminação ou rasgos. Atender aos requisitos da NBR 14990. Tamanho: 25 cm x 100 m. Processo de Esterilização: não estéril. Forma de apresentação: rolo com 100 m. Prazo de validade: 75% do prazo total de validade do produto. Unidade de estoque: rolo (RL) Código SES: 24969 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos. As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento. Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 100 m □ 15 cm x 100 m □ 25 cm x 100 m □ 45 cm x 100 m | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |
| | Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com descritivo ( | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura 60 a 80 g/m² com porosidade controlada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona barreira adequada contra partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta eficácia na penetração e saída do agente esterilizante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Manutenção da barreira microbiana e biocompatibilidade, permitindo a apresentação asséptica do produto no seu ponto de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa resistência pré e pós-esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica, sem delaminação ou rasgos após selado. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas de selagem com indicador químico que indique que a embalagem passou por processo de esterilização em vapor saturado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado que proporcionam barreira microbiana | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistência mecânica da selagem satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 1 ROLO | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL GRAU CIRURGICO 45CM x 100M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24972 | 442387 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL GRAU CIRURGICO 45CM x 100M. Aplicação: embalagem para esterilização de utensílio hospitalar. Composição: confeccionado em papel branco atóxico e filme laminado resistente a esterilização e manuseio, gramatura 60 a 80 g/m². Tamanho: rolo de 45cm x 100m. Características Adicionais: Conter nas bordas de selagem impressão com tinta indicativa química sem metais pesados em sua composição de cor clara que mude para cor escura e identifique que a embalagem passou pelo processo de esterilização em vapor saturado. A embalagem deve manter a eficácia da penetração do agente esterilizante, a manutenção da barreira microbiana, biocompatibilidade, resistência pré e pós esterilização e permitir abertura asséptica sem delaminação ou rasgos. Atender aos requisitos da NBR 14990. Processo de esterilização: não estéril. Apresentação: rolo com 100m. Prazo de validade: 75% do prazo total de validade do produto. Unidade de estoque: rolo (RL). Código SES: 24972. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos. As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento. Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 10 cm x 100 m □ 15 cm x 100 m □ 25 cm x 100 m □ 45 cm x 100 m | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Identificação completa | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Favorece a abertura | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |
| | Recomendações de uso | | ( ) SIM | | ( ) NÃO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Composição compatível com descritivo ( | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura 60 a 80 g/m² com porosidade controlada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona barreira adequada contra partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta eficácia na penetração e saída do agente esterilizante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Manutenção da barreira microbiana e biocompatibilidade, permitindo a apresentação asséptica do produto no seu ponto de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa resistência pré e pós-esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica, sem delaminação ou rasgos após selado. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bordas de selagem com indicador químico que indique que a embalagem passou por processo de esterilização em vapor saturado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado que proporcionam barreira microbiana | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistência mecânica da selagem satisfatória | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 ROLO |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PACOTE/ DISPOSITIVO TESTE DESAFIO DE PROCESSO COM INDICADOR BIOLÓGICO (3ª GERAÇÃO) E INTEGRADOR QUÍMICO (CLASSE 5) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24968 | 340941 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PACOTE/ DISPOSITIVO TESTE DESAFIO DE PROCESSO COM INDICADOR BIOLÓGICO (3ª GERAÇÃO) E INTEGRADOR QUÍMICO (CLASSE 5). Aplicação: Monitoramento e validação dos ciclos de esterilização à vapor. Indicado para liberação de cargas esterilizadas em autoclave à vapor. Composição: Pacote/ dispositivo teste desafio que contenha ampola plástica com indicador biológico auto-contido em tira de papel impregnada com GeoBacillus Stearothermophillus; meio de cultura em ampola de vidro. Cada ampola plástica possui um rótulo externo com lote, data de fabricação e campos para identificação e um indicador químico externo que diferencia as ampolas processadas das não-processadas. Essa ampola é fechada por tampa na parte superior que permita permeabilidade do vapor, protegida por papel de filtro hidrofóbico. Características Adicionais: Pacote/ dispositivo teste desafio com indicador biológico auto-contido, com tempo de resposta final no máximo em 3 horas, terceira geração, para o controle biológico de ciclos de esterilização a vapor saturado que operem de 121 a 134 graus Celsius (centígrados) e monitorização dos processos de esterilização por vapor quando usados em conjunto com a incubadora/ leitora automática por método de fluorescência. Cada teste biológico, deverá acompanhar 01 (um) teste piloto do mesmo lote como controle positivo. Caso o produto oferecido não seja em pacote, o produto deverá acompanhar 01 (um) integrador químico Classe 5 para cada teste biológico, que mudará de cor conforme orientação do fabricante. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS E BIOLÓGICOS – Consistem em insumos utilizados para monitoramento dos parâmetros críticos (tempo, temperatura, pressão, vapor, umidade, concentração do agente esterilizante) dos equipamentos utilizados no processo de esterilização, como forma de garantir a eficácia desta etapa.<br>A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de todas as formas de vida microbiana, ou seja, vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções. A esterilização, aliada ao um processo de limpeza e preparo adequados, garantem a provisão de produtos para a saúde de qualidade e seguros para o uso, evitando a ocorrência de incidentes e eventos adversos no paciente, como as infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS).<br>Indicadores químicos são dispositivos impregnados com tinta termocrômica que mudam de cor e/ou forma quando expostas aos parâmetros críticos do ciclo de esterilização, como tempo e temperatura. São utilizados para verificar se um determinado parâmetro foi alcançado ou não, detectando possíveis falhas nos equipamentos, além de ajudar na identificação de materiais que passaram por processo de esterilização. Eles são divididos em *Classe 1:* indicadores de processo (ex: fita zebrada), indicador externo que diferencia/identifica o material passou pelo processo de esterilização; *Classe 2:* indicadores para uso em teste específicos (ex: Bowie e Dick), útil para observar a remoção do ar nas autoclaves com pré-vácuo e garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais; Classe 3: indicadores de parâmetro, projetados para medir um dos parâmetros críticos do processo de esterilização: vapor, tempo, temperatura ou vapor saturado; *Classe 4:* multiparamétricos: utilizados para medir dois ou mais parâmetros críticos do processo de esterilização, indicam a exposição ao ciclo de esterilização; *Classe 5*: indicadores integradores: projetados para reagir com todos os parâmetros críticos do ciclo de esterilização, dentro de um intervalo específico de tempo e temperatura; *Classe 6:* simuladores: projetados para reagir com todos os parâmetros críticos do processo de esterilização, não reagindo até que aproximadamente 95% do ciclo esteja concluído.<br>Indicadores biológicos são compostos por uma preparação padronizada de esporos bacterianos altamente resistentes às condições ambientais adversas. Tem como objetivo, certificar-se de que o nível de esterilidade estabelecido para o produto foi alcançado. Os indicadores biológicos verificam o bom funcionamento do equipamento de esterilização, indicando, com a morte dos esporos bacterianos, que todos os parâmetros da máquina (tempo, temperatura, qualidade do vapor) estão sendo alcançados de maneira eficiente. Tal característica justifica a razão pela qual o controle da carga é baseado neste indicador.<br>A RDC 15/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, preconiza que:<br>"Art. 93 É obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | vácuo, no primeiro ciclo do dia.<br>Art. 96 O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6), segundo rotina definida pelo próprio CME ou pela empresa processadora.<br>Art. 97 O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização.<br>Art. 98 No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.<br>Parágrafo único. A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.<br>Art. 99 O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.<br>Art. 100 A área de monitoramento do processamento de produtos para saúde deve dispor de sistema para guarda dos registros dos monitoramentos".<br>Portanto, a aquisição desses insumos é indispensável para garantir a utilização de produtos seguros para a assistência ao paciente e visa atender as exigências da RDC 15/2012 da ANVISA. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | INCUBADORA<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br><br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PACOTE/DISPOSITIVO TESTE DESAFIO COM INDICADOR BIOLÓGICO – 3ª GERAÇÃO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Pacote desafio ou dispositivo de tamanho e padrão adequado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Substrato poroso (16 campos) embrulhado em embalagem descartável (se pacote desafio) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Rótulo externo com identificação completa (nome, lote, número de esporos por | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | suporte, data de expiração...) | | |
| | Rótulo externo com indicador químico que permita diferenciar pacotes que foram submetidos ao processo de esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ampola de plástico contendo tira de papel impregnada com *GeoBacillus Stearothermophillus* (ATCC 7953) e ampola de vidro com meio de cultura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Método baseado na interação da enzima alfa-D-glicosidade, associada à germinação do esporo bacteriano sobrevivente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha teste piloto para cada teste biológico do mesmo lote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha integrador químico classe V para leitura de resultado (1 para cada teste biológico) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Leitura rápida com tempo de resposta em até 3 horas em incubadora por método de fluorescência | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite controle biológico em ciclos de 121 a 134°C | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha ampola externa para controle positivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 2 CAIXAS | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PACOTE TESTE DESCARTAVEL ' BOWIE & DICK | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 24973 | 340811 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PACOTE TESTE DESCARTAVEL ' BOWIE & DICK '. Aplicação: para verificação da eficiência de autoclaves a vapor com pré-vácuo, que utilizam bomba de vácuo para remoção do ar do interior da câmara interna do esterilizador. Material: Constituído folha de teste impressa com indicador químico sensível ao vapor, disposta entre camadas de folhas de um material poroso, acondicionadas em uma embalagem que forma um pacote. Tamanho: Padrão equivalente ao pacote B&D ISO 11.140. Características: Pacote teste 'Bowie & Dick' descartável, indicador químico classe 2, embalado e fechado contendo um rótulo indicador químico de exposição ao vapor. A folha de teste deve estar localizada no centro geométrico do pacote e possuir um indicador químico impresso em cor clara, que vai apresentar mudança de coloração uniforme, conforme orientação do fabricante, quando exposta ao vapor saturado sob pressão entre 132°C e 134ºC por 3,5 a 4 minutos, exceto quando houver falhas na remoção do ar. A embalagem deve apresentar local para indicação de data, número do esterilizador e identificação do operador. Unidade de estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS E BIOLÓGICOS – Consistem em insumos utilizados para monitoramento dos parâmetros críticos (tempo, temperatura, pressão, vapor, umidade, concentração do agente esterilizante) dos equipamentos utilizados no processo de esterilização, como forma de garantir a eficácia desta etapa.<br>A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de todas as formas de vida microbiana, ou seja, vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções. A esterilização, aliada ao um processo de limpeza e preparo adequados, garantem a provisão de produtos para a saúde de qualidade e seguros para o uso, evitando a ocorrência de incidentes e eventos adversos no paciente, como as infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS).<br>Indicadores químicos são dispositivos impregnados com tinta termocrômica que mudam de cor e/ou forma quando expostas aos parâmetros críticos do ciclo de esterilização, como tempo e temperatura. São utilizados para verificar se um determinado parâmetro foi alcançado ou não, detectando possíveis falhas nos equipamentos, além de ajudar na identificação de materiais que passaram por processo de esterilização. Eles são divididos em *Classe 1:* indicadores de processo (ex: fita zebrada), indicador externo que diferencia/identifica o material passou pelo processo de esterilização; *Classe 2:* indicadores para uso em teste específicos (ex: Bowie e Dick), útil para observar a remoção do ar nas autoclaves com pré-vácuo e garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais; Classe 3: indicadores de parâmetro, projetados para medir um dos parâmetros críticos do processo de esterilização: vapor, tempo, temperatura ou vapor saturado; *Classe 4:* multiparamétricos: utilizados para medir dois ou mais parâmetros críticos do processo de esterilização, indicam a exposição ao ciclo de esterilização; *Classe 5*: indicadores integradores: projetados para reagir com todos os parâmetros críticos do ciclo de esterilização, dentro de um intervalo específico de tempo e temperatura; *Classe 6:* simuladores: projetados para reagir com todos os parâmetros críticos do processo de esterilização, não reagindo até que aproximadamente 95% do ciclo esteja concluído.<br>Indicadores biológicos são compostos por uma preparação padronizada de esporos bacterianos altamente resistentes às condições ambientais adversas. Tem como objetivo, certificar-se de que o nível de esterilidade estabelecido para o produto foi alcançado. Os indicadores biológicos verificam o bom funcionamento do equipamento de esterilização, indicando, com a morte dos esporos bacterianos, que todos os parâmetros da máquina (tempo, temperatura, qualidade do vapor) estão sendo alcançados de maneira eficiente. Tal característica justifica a razão pela qual o controle da carga é baseado neste indicador.<br>A RDC 15/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, preconiza que:<br>"Art. 93 É obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.<br>Art. 96 O monitoramento do processo de esterilização deve ser | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6), segundo rotina definida pelo próprio CME ou pela empresa processadora.<br>Art. 97 O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização.<br>Art. 98 No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.<br>Parágrafo único. A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.<br>Art. 99 O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.<br>Art. 100 A área de monitoramento do processamento de produtos para saúde deve dispor de sistema para guarda dos registros dos monitoramentos".<br><br>Portanto, a aquisição desses insumos é indispensável para garantir a utilização de produtos seguros para a assistência ao paciente e visa atender as exigências da RDC 15/2012 da ANVISA. |
| Tipo de apresentação | PACOTE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br><br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PACOTE TESTE DESAFIO – BOWIE & DICK | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Pacote pronto de acordo com a norma ISO 11140/2007 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Substrato poroso em folhas embrulhado em embalagem descartável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Folha de teste acondicionada no centro geométrico do pacote | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Indicador químico classe 2 impresso em cor clara | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Rótulo externo com indicador químico que permita diferenciar pacotes que foram submetidos ao processo de esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta local para identificação de dados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 2 CAIXAS | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE V USO INTERNO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92369 | 332346 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE V USO INTERNO. Aplicação: para controle da eficácia de esterilização a vapor (tempo, temperatura e qualidade do vapor). Material: tira de papel laminado com película plástica que impede qualquer contato da tinta com os materiais que serão esterilizados e permite a preservação da tinta indicativa. Tinta reagente de alta qualidade isenta de chumbo e metais pesados. Tamanho: padrão. Características adicionais: integrador químico que permite efetuar a monitorização das condições de esterilização a vapor no interior das embalagens com leitura rápida por mudança de limite e/ou mudança de cor. Validado de acordo com a norma ISO 11140-1 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS E BIOLÓGICOS – Consistem em insumos utilizados para monitoramento dos parâmetros críticos (tempo, temperatura, pressão, vapor, umidade, concentração do agente esterilizante) dos equipamentos utilizados no processo de esterilização, como forma de garantir a eficácia desta etapa.<br>A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de todas as formas de vida microbiana, ou seja, vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções. A esterilização, aliada ao um processo de limpeza e preparo adequados, garantem a provisão de produtos para a saúde de qualidade e seguros para o uso, evitando a ocorrência de incidentes e eventos adversos no paciente, como as infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS).<br>Indicadores químicos são dispositivos impregnados com tinta termocrômica que mudam de cor e/ou forma quando expostas aos parâmetros críticos do ciclo de esterilização, como tempo e temperatura. São utilizados para verificar se um determinado parâmetro foi alcançado ou não, detectando possíveis falhas nos equipamentos, além de ajudar na identificação de materiais que passaram por processo de esterilização. Eles são divididos em *Classe 1:* indicadores de processo (ex: fita zebrada), indicador externo que diferencia/identifica o material passou pelo processo de esterilização; *Classe 2:* indicadores para uso em teste específicos (ex: Bowie e Dick), útil para observar a remoção do ar nas autoclaves com pré-vácuo e garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais; Classe 3: indicadores de parâmetro, projetados para medir um dos parâmetros críticos do processo de esterilização: vapor, tempo, temperatura ou vapor saturado; *Classe 4:* multiparamétricos: utilizados para medir dois ou mais parâmetros críticos do processo de esterilização, indicam a exposição ao ciclo de esterilização; *Classe 5*: indicadores integradores: projetados para reagir com todos os parâmetros críticos do ciclo de esterilização, dentro de um intervalo específico de tempo e temperatura; *Classe 6:* simuladores: projetados para reagir com todos os parâmetros críticos do processo de esterilização, não reagindo até que aproximadamente 95% do ciclo esteja concluído.<br>Indicadores biológicos são compostos por uma preparação padronizada de esporos bacterianos altamente resistentes às condições ambientais adversas. Tem como objetivo, certificar-se de que o nível de esterilidade estabelecido para o produto foi alcançado. Os indicadores biológicos verificam o bom funcionamento do equipamento de esterilização, indicando, com a morte dos esporos bacterianos, que todos os parâmetros da máquina (tempo, temperatura, qualidade do vapor) estão sendo alcançados de maneira eficiente. Tal característica justifica a razão pela qual o controle da carga é baseado neste indicador.<br>A RDC 15/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, preconiza que:<br>"Art. 93 É obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.<br>Art. 96 O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6), segundo rotina definida pelo próprio CME ou pela empresa processadora.<br>Art. 97 O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Art. 98 No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.<br>Parágrafo único. A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.<br>Art. 99 O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.<br>Art. 100 A área de monitoramento do processamento de produtos para saúde deve dispor de sistema para guarda dos registros dos monitoramentos".<br>Portanto, a aquisição desses insumos é indispensável para garantir a utilização de produtos seguros para a assistência ao paciente e visa atender as exigências da RDC 15/2012 da ANVISA. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INTEGRADOR QUÍMICO – CLASSE V | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 11140-1 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em tira de papel laminado com película plástica que impede contato da tinta com os produtos à serem esterilizados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tinta reagente de alta qualidade isenta de chumbo e metais pesados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a monitorização das condições de temperatura, tempo e qualidade do vapor das autoclaves no interior das embalagens | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Leitura rápida através de mudança de limite e/ou mudança de cor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 2 CAIXAS | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA ULTRASSÔNICA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36183 | 453989 | | | | X | | |
| Descrição Completa | INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA ULTRASSÔNICA. Aplicação (finalidade): determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de menor ação mecânica do ultrassom, tempo de processo e/ou dosagem dos detergentes insuficientes em lavadoras ultrassônicas dos estabelecimentos de saúde. Composição: lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos, e esteja de acordo com a ISO 15883. Para utilização, deverá ser alocado em suporte para fixa-lo ao cesto. Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não exigir nova limpeza após o teste. Prazo de validade: 24 meses após a data de fabricação. Embalagem: caixa com no mínimo 50 (cinquenta) unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA – Garantir a eficácia da limpeza é etapa primordial para o processo de esterilização de um produto para saúde (PPS). Uma limpeza ineficaz não garante a esterilização, podendo tornar o PPS uma fonte de disseminação de microrganismos, matéria orgânica e inorgânica e endotoxinas que causam eventos adversos (EA) nos pacientes em que forem utilizados. Para isso, devem ser realizados testes, rotineiramente, para o monitoramento do desempenho das lavadoras automatizadas. São utilizados indicadores químicos que são, em geral, livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; além de não exigir nova limpeza após o teste. De acordo com a RDC nº 15/2012:<br>"Art. 73 É obrigatório o monitoramento, com periodicidade definida em protocolo elaborado pelo CME ou pela Empresa Processadora, da limpeza dos produtos para saúde e dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.<br>Art. 76 A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indicado, por testes químicos disponíveis no mercado."<br>*Indicador Químico de Limpeza em Ultrassônica:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Esta lâmina é inserida no cesto da lavadora, junto com os instrumentais que serão submetidos a limpeza. Possui a finalidade de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de menor ação mecânica do ultrassom, tempo de processo e/ou dosagem dos detergentes insuficientes em lavadoras ultrassônicas dos estabelecimentos de saúde. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Limpeza de Canulados em Ultrassônica*: trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de canulados de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de variação do ultrassom, tempo de processo, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Cavitação de Ultrassônicas*: trata-se de um frasco transparente que monitora o desempenho da cavitação/nível de energia ultrassônica, sendo de pronto uso, com resultado imediato através de mudança de cor, indicando que em um determinado ciclo a frequência empregada atingiu os níveis capazes de realizar a limpeza, em conformidade com a ISO 15883. Também utilizado para avaliar o desempenho dos transdutores de frequência durante o teste.<br>*Indicador Químico de Limpeza em Termodesinfectoras:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simula sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora termodesinfectora, identificando falhas no processo de limpeza decorrentes de variação da temperatura, tempo de processo, fluxo e obstrução de jatos e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | *Teste de Proteína para Avaliação de Limpeza de PPS*: trata-se de um kit com swabs e ampola de teste e controle de reagente. Os PPS devem estar umedecidos, ou, se secos, deve ser umedecido o swab para aplicar nas superfícies de maior dificuldade de limpeza dos instrumentais (articulações, fresas, cremalheiras) e, posteriormente, inseri-lo na ampola teste. Tem a finalidade de determinar rapidamente a eficiência da limpeza de superfícies de produtos para saúde, com ou sem lúmen, através do rastreio de presença de proteína ativa ou inativa em produtos para a saúde (PPS). Deverá detectar resíduos de proteína em níveis abaixo de 1µg. Na presença de proteína, a solução mudará a cor. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA AUTOMATIZADA**

| | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Apresentação:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | | |
| Recomendações de uso | | |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 15883 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em tira em lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui substâncias que interferem ou interagem na limpeza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a monitorização das condições de limpeza automatizada no interior dos cestos/canulados/câmaras dos equipamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Leitura rápida através da remoção do corante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____ | | |

| | |
|---|---|
| | _____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA DE CANULADOS EM ULTRASSÔNICA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36120 | 453867 | | | | X | | |
| Descrição Completa | INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA DE CANULADOS EM ULTRASSÔNICA. Aplicação: determinar a eficiência da limpeza de canulados de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes da variação do ultrassom, tempo de processo, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. Composição: lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não exigir nova limpeza após o teste. O produto deverá obedecer à ISO 15883, e deverá ser utilizado em suporte/dispositivo desafio e conectado à unidade de limpeza de lúmens da lavadora. Embalagem: caixa com no mínimo 50 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA – Garantir a eficácia da limpeza é etapa primordial para o processo de esterilização de um produto para saúde (PPS). Uma limpeza ineficaz não garante a esterilização, podendo tornar o PPS uma fonte de disseminação de microrganismos, matéria orgânica e inorgânica e endotoxinas que causam eventos adversos (EA) nos pacientes em que forem utilizados. Para isso, devem ser realizados testes, rotineiramente, para o monitoramento do desempenho das lavadoras automatizadas. São utilizados indicadores químicos que são, em geral, livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; além de não exigir nova limpeza após o teste. De acordo com a RDC nº 15/2012:<br>"Art. 73 É obrigatório o monitoramento, com periodicidade definida em protocolo elaborado pelo CME ou pela Empresa Processadora, da limpeza dos produtos para saúde e dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.<br>Art. 76 A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indicado, por testes químicos disponíveis no mercado."<br>*Indicador Químico de Limpeza em Ultrassônica:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Esta lâmina é inserida no cesto da lavadora, junto com os instrumentais que serão submetidos a limpeza. Possui a finalidade de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de menor ação mecânica do ultrassom, tempo de processo e/ou dosagem dos detergentes insuficientes em lavadoras ultrassônicas dos estabelecimentos de saúde. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Limpeza de Canulados em Ultrassônica*: trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de canulados de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de variação do ultrassom, tempo de processo, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Cavitação de Ultrassônicas*: trata-se de um frasco transparente que monitora o desempenho da cavitação/nível de energia ultrassônica, sendo de pronto uso, com resultado imediato através de mudança de cor, indicando que em um determinado ciclo a frequência empregada atingiu os níveis capazes de realizar a limpeza, em conformidade com a ISO 15883. Também utilizado para avaliar o desempenho dos transdutores de frequência durante o teste.<br>*Indicador Químico de Limpeza em Termodesinfectoras:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simula sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora termodesinfectora, identificando falhas no processo de limpeza decorrentes de variação da temperatura, tempo de processo, fluxo e obstrução de jatos e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | *Teste de Proteína para Avaliação de Limpeza de PPS*: trata-se de um kit com swabs e ampola de teste e controle de reagente. Os PPS devem estar umedecidos, ou, se secos, deve ser umedecido o swab para aplicar nas superfícies de maior dificuldade de limpeza dos instrumentais (articulações, fresas, cremalheiras) e, posteriormente, inseri-lo na ampola teste. Tem a finalidade de determinar rapidamente a eficiência da limpeza de superfícies de produtos para saúde, com ou sem lúmen, através do rastreio de presença de proteína ativa ou inativa em produtos para a saúde (PPS). Deverá detectar resíduos de proteína em níveis abaixo de 1µg. Na presença de proteína, a solução mudará a cor. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA AUTOMATIZADA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____
Apresentação:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Validado de acordo com a norma ISO 15883 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em tira em lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui substâncias que interferem ou interagem na limpeza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a monitorização das condições de limpeza automatizada no interior dos cestos/canulados/câmaras dos equipamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Leitura rápida através da remoção do corante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

| | |
|---|---|
| | _____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TESTE DE CAVITAÇÃO ULTRASSÔNICA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36185 | 440338 | | | | X | | |
| Descrição Completa | TESTE DE CAVITAÇÃO ULTRASSÔNICA. Aplicação (finalidade): monitora o desempenho da cavitação/nível de energia ultrassônica, de pronto uso, com resultado imediato através de mudança de cor indicando que em determinado ciclo a frequência empregada atingiu os níveis capazes de realizar a limpeza, em conformidade com a ISO 15883. Também utilizado para avaliar o desempenho dos transdutores de frequência durante o teste. Composição: frasco transparente que permite uma avaliação visual do resultado pela simples mudança de cor. Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não exigir nova limpeza após o teste. Prazo de validade: 24 meses após a data de fabricação. Embalagem: caixa com no mínimo 10 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA – Garantir a eficácia da limpeza é etapa primordial para o processo de esterilização de um produto para saúde (PPS). Uma limpeza ineficaz não garante a esterilização, podendo tornar o PPS uma fonte de disseminação de microrganismos, matéria orgânica e inorgânica e endotoxinas que causam eventos adversos (EA) nos pacientes em que forem utilizados. Para isso, devem ser realizados testes, rotineiramente, para o monitoramento do desempenho das lavadoras automatizadas. São utilizados indicadores químicos que são, em geral, livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; além de não exigir nova limpeza após o teste. De acordo com a RDC nº 15/2012:<br>"Art. 73 É obrigatório o monitoramento, com periodicidade definida em protocolo elaborado pelo CME ou pela Empresa Processadora, da limpeza dos produtos para saúde e dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.<br>Art. 76 A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indicado, por testes químicos disponíveis no mercado."<br>*Indicador Químico de Limpeza em Ultrassônica:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Esta lâmina é inserida no cesto da lavadora, junto com os instrumentais que serão submetidos a limpeza. Possui a finalidade de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de menor ação mecânica do ultrassom, tempo de processo e/ou dosagem dos detergentes insuficientes em lavadoras ultrassônicas dos estabelecimentos de saúde. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Limpeza de Canulados em Ultrassônica*: trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de canulados de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de variação do ultrassom, tempo de processo, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Cavitação de Ultrassônicas*: trata-se de um frasco transparente que monitora o desempenho da cavitação/nível de energia ultrassônica, sendo de pronto uso, com resultado imediato através de mudança de cor, indicando que em um determinado ciclo a frequência empregada atingiu os níveis capazes de realizar a limpeza, em conformidade com a ISO 15883. Também utilizado para avaliar o desempenho dos transdutores de frequência durante o teste.<br>*Indicador Químico de Limpeza em Termodesinfectoras:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simula sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora termodesinfectora, identificando falhas no processo de limpeza decorrentes de variação da temperatura, tempo de processo, fluxo e obstrução de jatos e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | *Teste de Proteína para Avaliação de Limpeza de PPS*: trata-se de um kit com swabs e ampola de teste e controle de reagente. Os PPS devem estar umedecidos, ou, se secos, deve ser umedecido o swab para aplicar nas superfícies de maior dificuldade de limpeza dos instrumentais (articulações, fresas, cremalheiras) e, posteriormente, inseri-lo na ampola teste. Tem a finalidade de determinar rapidamente a eficiência da limpeza de superfícies de produtos para saúde, com ou sem lúmen, através do rastreio de presença de proteína ativa ou inativa em produtos para a saúde (PPS). Deverá detectar resíduos de proteína em níveis abaixo de 1µg. Na presença de proteína, a solução mudará a cor. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADOR QUÍMICOS DE CAVITAÇÃO PARA ULTRASSÔNICA | | |
|---|---|---|
| **1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Apresentação:_____ | | |
| **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 15883 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em frasco transparente que permite uma avaliação visual do resultado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a monitorar se a energia do ultrassom da lavadora atingiu níveis capazes de realizar a limpeza dos instrumentais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Leitura rápida através da mudança de cor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Teste pronto uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Teste interfere com a etapa de limpeza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____<br><br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA EM TERMODESINFECTORA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36119 | 406808 | | | | X | | |
| Descrição Completa | INDICADOR QUÍMICO DE LIMPEZA TERMODESINFECTORA. Aplicação: determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora termodesinfectora. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de variação da temperatura, tempo de processo, fluxo e obstrução de jatos, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. Composição: lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simula sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não exigir nova limpeza após o teste. O produto deverá obedecer à ISO 15883, e deverá ser utilizado com suporte/dispositivo desafio e fixado ao interior da lavadora. Prazo de validade: no mínimo, 24 meses após a data de fabricação. Embalagem: caixa com no mínimo 50 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA – Garantir a eficácia da limpeza é etapa primordial para o processo de esterilização de um produto para saúde (PPS). Uma limpeza ineficaz não garante a esterilização, podendo tornar o PPS uma fonte de disseminação de microrganismos, matéria orgânica e inorgânica e endotoxinas que causam eventos adversos (EA) nos pacientes em que forem utilizados. Para isso, devem ser realizados testes, rotineiramente, para o monitoramento do desempenho das lavadoras automatizadas. São utilizados indicadores químicos que são, em geral, livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; além de não exigir nova limpeza após o teste. De acordo com a RDC nº 15/2012:<br>"Art. 73 É obrigatório o monitoramento, com periodicidade definida em protocolo elaborado pelo CME ou pela Empresa Processadora, da limpeza dos produtos para saúde e dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.<br>Art. 76 A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indicado, por testes químicos disponíveis no mercado."<br>*Indicador Químico de Limpeza em Ultrassônica:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Esta lâmina é inserida no cesto da lavadora, junto com os instrumentais que serão submetidos a limpeza. Possui a finalidade de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de menor ação mecânica do ultrassom, tempo de processo e/ou dosagem dos detergentes insuficientes em lavadoras ultrassônicas dos estabelecimentos de saúde. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Limpeza de Canulados em Ultrassônica*: trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de canulados de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de variação do ultrassom, tempo de processo, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Cavitação de Ultrassônicas*: trata-se de um frasco transparente que monitora o desempenho da cavitação/nível de energia ultrassônica, sendo de pronto uso, com resultado imediato através de mudança de cor, indicando que em um determinado ciclo a frequência empregada atingiu os níveis capazes de realizar a limpeza, em conformidade com a ISO 15883. Também utilizado para avaliar o desempenho dos transdutores de frequência durante o teste.<br>*Indicador Químico de Limpeza em Termodesinfectoras:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simula sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora termodesinfectora, identificando falhas no processo de limpeza decorrentes de variação da temperatura, tempo de processo, fluxo e obstrução de jatos e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | *Teste de Proteína para Avaliação de Limpeza de PPS*: trata-se de um kit com swabs e ampola de teste e controle de reagente. Os PPS devem estar umedecidos, ou, se secos, deve ser umedecido o swab para aplicar nas superfícies de maior dificuldade de limpeza dos instrumentais (articulações, fresas, cremalheiras) e, posteriormente, inseri-lo na ampola teste. Tem a finalidade de determinar rapidamente a eficiência da limpeza de superfícies de produtos para saúde, com ou sem lúmen, através do rastreio de presença de proteína ativa ou inativa em produtos para a saúde (PPS). Deverá detectar resíduos de proteína em níveis abaixo de 1µg. Na presença de proteína, a solução mudará a cor. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA AUTOMATIZADA**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____
Apresentação:_____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

| **2.1- Embalagem:** | | |
|---|---|---|
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 15883 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em tira em lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Possui substâncias que interferem ou interagem na limpeza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite a monitorização das condições de limpeza automatizada no interior dos cestos/canulados/câmaras dos equipamentos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Leitura rápida através da remoção do corante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____

| | |
|---|---|
| | _____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TESTE DE DETECÇÃO DE PROTEINA EM INSTRUMENTAIS | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36184 | 444524 | | | | X | | |
| Descrição Completa | TESTE DE DETECÇÃO DE PROTEÍNA EM INSTRUMENTAIS. Aplicação (finalidade): determinar rapidamente a eficiência da limpeza de superfícies de produtos para saúde, com ou sem lúmen, através do rastreio de presença de proteína ativa ou inativa em produtos para a saúde. Deverá detectar resíduos de proteína em níveis abaixo de 1µg. Na presença de proteína, a solução mudará de cor. Composição: Kit com swabs, ampola de teste e controle de reagente; e dispositivo para leitura do resultado (se necessário/aplicável). Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não exigir nova limpeza após o teste. Prazo de validade: 24 meses após a data de fabricação. Embalagem: caixa com no mínimo 20 unidades/kit | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | INDICADORES QUÍMICOS DE LIMPEZA – Garantir a eficácia da limpeza é etapa primordial para o processo de esterilização de um produto para saúde (PPS). Uma limpeza ineficaz não garante a esterilização, podendo tornar o PPS uma fonte de disseminação de microrganismos, matéria orgânica e inorgânica e endotoxinas que causam eventos adversos (EA) nos pacientes em que forem utilizados. Para isso, devem ser realizados testes, rotineiramente, para o monitoramento do desempenho das lavadoras automatizadas. São utilizados indicadores químicos que são, em geral, livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; além de não exigir nova limpeza após o teste. De acordo com a RDC nº 15/2012:<br>"Art. 73 É obrigatório o monitoramento, com periodicidade definida em protocolo elaborado pelo CME ou pela Empresa Processadora, da limpeza dos produtos para saúde e dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.<br>Art. 76 A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indicado, por testes químicos disponíveis no mercado."<br>*Indicador Químico de Limpeza em Ultrassônica:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Esta lâmina é inserida no cesto da lavadora, junto com os instrumentais que serão submetidos a limpeza. Possui a finalidade de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de menor ação mecânica do ultrassom, tempo de processo e/ou dosagem dos detergentes insuficientes em lavadoras ultrassônicas dos estabelecimentos de saúde. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Limpeza de Canulados em Ultrassônica*: trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simulam sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de canulados de uma lavadora ultrassônica. Indicado para identificar falhas no processo de limpeza decorrentes de variação do ultrassom, tempo de processo, e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Indicador Químico de Cavitação de Ultrassônicas*: trata-se de um frasco transparente que monitora o desempenho da cavitação/nível de energia ultrassônica, sendo de pronto uso, com resultado imediato através de mudança de cor, indicando que em um determinado ciclo a frequência empregada atingiu os níveis capazes de realizar a limpeza, em conformidade com a ISO 15883. Também utilizado para avaliar o desempenho dos transdutores de frequência durante o teste.<br>*Indicador Químico de Limpeza em Termodesinfectoras:* trata-se de uma lâmina com corantes sintéticos não tóxicos, que simula sangue e restos de tecido humano de produtos de saúde sujos. Tem o objetivo de determinar a eficiência da limpeza de uma lavadora termodesinfectora, identificando falhas no processo de limpeza decorrentes de variação da temperatura, tempo de processo, fluxo e obstrução de jatos e/ou dosagem dos detergentes insuficientes. A remoção de todo o corante do teste deve indicar uma limpeza eficiente. Se algum aspecto do funcionamento da lavadora for insuficiente/ineficiente, permanecerá um resíduo de corante, indicando falha na limpeza.<br>*Teste de Proteína para Avaliação de Limpeza de PPS*: trata-se de um kit com swabs e ampola de teste e | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | controle de reagente. Os PPS devem estar umedecidos, ou, se secos, deve ser umedecido o swab para aplicar nas superfícies de maior dificuldade de limpeza dos instrumentais (articulações, fresas, cremalheiras) e, posteriormente, inseri-lo na ampola teste. Tem a finalidade de determinar rapidamente a eficiência da limpeza de superfícies de produtos para saúde, com ou sem lúmen, através do rastreio de presença de proteína ativa ou inativa em produtos para a saúde (PPS). Deverá detectar resíduos de proteína em níveis abaixo de 1µg. Na presença de proteína, a solução mudará a cor. |
| Tipo de apresentação | KIT |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | |

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TESTE DE PROTEÍNA PARA AVALIAÇÃO DA LIMPEZA DE PPS**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL**:

Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____
Apresentação: _____

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Apresentação em kit: swab, ampola de teste e controle de reagente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Permite rastrear a presença de proteína ativa ou inativa na superfícies dos PPS | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Leitura rápida através da mudança de cor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Teste pronto uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Teste interfere com a etapa de limpeza | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____
_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

| | |
|---|---|
| | Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INDICADOR QUÍMICO TIPO IV PARA FORMALDEÍDO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36720 | 431739 | | | | X | | |
| Descrição Completa | Aplicação (finalidade) indicador multiparamétrico, designado para reagir com dois ou mais parâmetros críticos do ciclo de esterilização por formaldeído, monitorando a temperatura e a concentração do formaldeído ou penetração do vapor no pacote. Composição: tira impregnada com tinta atóxica que reagirá, mudando de cor, ao contato com o agente esterilizante. Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não liberar o reagente químico. Embalagem: caixa com no máximo 300 unidades | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicador multiparamétrico, utilizado para monitorar o funcionamento de parâmetros críticos do ciclo de esterilização por formaldeído, garantindo que a autoclave esteja dispensando e fazendo penetrar, de forma satisfatória, o vapor de formaldeído em todos os pacotes de produtos para saúde que estão sendo esterilizados. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | Não sujeito a cadastro/registro da ANVISA. Deve ser projetado e produzido conforme requisito das normas de sistemas de gestão da qualidade ISO 9001:2008 e ISO 13485:2005.<br>AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADOR QUÍMICO PARA ESTERILIZAÇÃO POR FORMALDEÍDO CLASSE IV | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca/Modelo: :_____ Lote:_____Tamanho:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2 Produto: | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 11140-1 2014 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Especifica o processo de esterilização para o qual o indicador está indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em tira de papel laminado com película plástica que impede contato da tinta com os produtos à serem esterilizados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tinta reagente de alta qualidade isenta de chumbo e metais pesados | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite a monitorização das condições de temperatura, tempo e qualidade do vapor das autoclaves no interior das embalagens | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Leitura rápida através de mudança de limite e/ou mudança de cor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INDICADOR BIOLÓGICO PARA ESTERILIZAÇÃO POR FORMALDEÍDO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36721 | 440281 | | | | x | | |
| Descrição Completa | Aplicação (finalidade) monitorar se os parâmetros críticos do ciclo de esterilização a baixa temperatura e formaldeído estão sendo alcançados e são capazes eliminar toda forma de vida microbiana de um produto para a saúde. Composição: ampola autocontida, contendo tira de papel com 106 esporos do *Geobacillus Stearothermophillus* armazenada em uma ampola plástica que também acondiciona uma ampola de vidro contendo um caldo nutriente próprio para o cultivo dos micro-organismos. A ampola plástica é fechada por uma tampa perfurada e protegida por um papel de filtro hidrofóbico. Cada ampola deve possuir um rótulo externo que informa o lote e a data da fabricação do produto, contendo campos para identificação da ampola e um indicador químico externo que diferencia as ampolas processadas das não processadas. Leitura em no máximo em 24 horas, usado em conjunto com a incubadora/leitora automática compatível para monitorização dos processos de esterilização a vapor a baixa temperatura e formaldeído. Características adicionais: O meio de cultura deve possuir um agente neutralizador para resíduos de formol ou uma base que não absorva o formaldeído. Deve atender às normas NBR ISO 11138-1:2016 e NBR ISO 11138-5:2016. Embalagem: caixa com no mínimo 50 unidades | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Os indicadores biológicos são compostos por uma preparação padronizada de esporos bacterianos altamente resistentes às condições ambientais adversas. Têm como objetivo, certificar-se de que o nível de esterilidade estabelecido para o produto foi alcançado. Os indicadores biológicos verificam o bom funcionamento do equipamento de esterilização, indicando, com a morte dos esporos bacterianos, que todos os parâmetros da máquina (tempo, temperatura, qualidade do vapor) estão sendo alcançados de maneira eficiente. Tal característica justifica a razão pela qual o controle da carga é baseado neste indicador.<br>A RDC 15/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, preconiza que:<br>"Art. 98 No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.<br>Parágrafo único. A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.<br>Art. 99 O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.<br>Art. 100 A área de monitoramento do processamento de produtos para saúde deve dispor de sistema para guarda dos registros dos monitoramentos".<br>Portanto, a aquisição desses insumos é indispensável para garantir a utilização de produtos seguros para a assistência ao paciente e visa atender as exigências da RDC 15/2012 da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | INCUBADORA<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | Não sujeito a cadastro/registro da ANVISA.<br>AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADOR BIOLÓGICO PARA ESTERILIZAÇÃO POR FORMALDEÍDO | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Tamanho:_____ | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indica o processo de esterilização para o qual o indicador biológico está indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Rótulo externo com identificação completa (nome, lote, número de esporos por suporte, data de expiração...) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Rótulo externo com indicador químico que permita diferenciar pacotes que foram submetidos ao processo de esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ampola de plástico contendo tira de papel impregnada com *GeoBacillus Stearothermophillus* (ATCC 7953) e ampola de vidro com meio de cultura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha teste piloto para cada teste biológico do mesmo lote | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Leitura rápida em até 24h | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite controle biológico em ciclos de vapor a baixa temperatura e formaldeído | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Compatível com a incubadora disponível na Rede | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | O meio de cultura possui um agente neutralizador para resíduos de formol ou uma base que não absorva o formaldeído | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |

| | |
|---|---|
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INDICADOR QUÍMICO TIPO I PARA FORMALDEÍDO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36722 | 412611 | | | | x | | |
| Descrição Completa | Aplicação (finalidade): identificar e diferenciar os produtos para saúde que foram processados dos que ainda não foram.<br>Composição: adesivo impregnado com tinta termocrômica que reagirá, mudando de cor, ao contato com o vapor a baixa temperatura e formaldeído (VBTF). Deverá ser produzido conforme as normas ISO 11140-1:2019.<br>Características adicionais: livre de substâncias que possam interferir no teste ou danificar os produtos para saúde e equipamento; não liberar o reagente químico<br>Embalagem: rolo com no mínimo 500 unidades | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Diferenciar os pacotes e produtos para saúde que passaram ou não pela esterilização por VBTF e/ou indicar falha grosseira de um processo de esterilização. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | Não sujeito a cadastro/registro da ANVISA. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INDICADOR QUÍMICO TIPO I PARA FORMALDEÍDO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca/ Modelo:_____ Lote:_____Tamanho:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Especifica o processo de esterilização para o qual o indicador está indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 11140-1 2019 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentação em tira de papel adesivo impresso com tinta indicadora | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tinta reagente de alta qualidade isenta de chumbo e metais pesados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Leitura rápida através de mudança de limite e/ou mudança de cor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentou desempenho satisfatório | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TESTE DESAFIO TIPO HELIX PARA DIFUSIBILIDADE DE FORMALDEÍDO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36719 | 377935 | | | | X | | |
| Descrição Completa | Aplicação (finalidade): avaliação da remoção do ar e gases não condensáveis e penetração do agente esterilizante nos produtos para saúde, simulando a esterilização de materiais canulados ou com lúmens estreitos e longos. Composição: kit composto de tiras de indicadores químicos tipo IV, conforme a norma EN ISO 11140-1: 2019, e cateter desafio que atenda à norma EN 867-5. O indicador químico deve apresentar mudança completa de cor da tinta reagente em caso de adequada remoção de ar e penetração do agente esterilizante. O cateter deve ser não metálico e projetado de tal maneira que o esterilizante não possa penetrar no dispositivo através das paredes, medindo 1,5m de comprimento, 2 mm de diâmetro interno e 0,5 mm de parede. O recurso deve permitir abertura em uma das extremidades, apresentando na outra extremidade uma câmara selada para acondicionar um indicador químico e/ou biológico específico para agentes esterilizantes químicos. O dispositivo/cateter desafio deve ser reutilizável.<br>Embalagem: caixa com no máximo 300 unidades de testes e 1 dispositivo | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicado para detecção de gases não condensáveis e falhas do vácuo no interior da câmara da autoclave de VBTF, que impediriam a adequada penetração do agente esterilizante nas cargas e produtos para saúde, comprometendo sua esterilização efetiva. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KIT | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | Isento de registro na Anvisa. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TESTE DESAFIO TIPO HELIX PARA DIFUSIBILIDADE DE FORMALDEÍDO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca/Modelo:_____ Lote:_____Tamanho:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de Validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Validado de acordo com a norma ISO 11140-1 2014 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tinta reagente de alta qualidade isenta de chumbo e metais pesados | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Leitura rápida através de mudança de limite e/ou mudança de cor | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicador reagente uniformemente distribuído sobre um substrato para cobrir não menos que 30% da área de sua superfície | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fornece segurança e confiabilidade quanto aos resultados apresentados | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apto a detectar se a temperatura de esterilização inferior a recomendada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apto a detectar se o tempo de esterilização inferior ao recomendado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apto a detectar vácuo insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apto a detectar má penetração de formaldeído dentro do lúmen | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 CAIXA | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ROLO PAPEL PARA AUTOCLAVE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37385 | 464442 | | | | X | | |
| Descrição Completa | ROLO PAPEL PARA AUTOCLAVE. Aplicação (finalidade): impressão dos parâmetros físicos dos ciclos realizados nas autoclaves e lavadoras termodesinfectoras. Tamanho/Capacidade: largura máxima = 57mm X Diâmetro máximo = 50mm. Características adicionais: Rolo Papel Impressora Matricial FH 190 MM.57 RCN, compatível com a Autoclave CISA Série 640, Modelo 6412. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Insumo necessário para impressão dos parâmetros físicos dos ciclos realizados nos equipamentos da marca CISA adquiridos pela rede SES/DF. O Núcleos de Material Esterilizado (NME) tem por missão prover produtos para a saúde (PPS) processados a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico, de forma a garantir a quantidade e a qualidade de materiais necessários para uma assistência segura. Ademais, a aquisição visa atender a RDC ANVISA Nº 15/2012, haja vista que a ausência compromete a comprovação da eficácia e segurança da esterilização. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE ROLO PAPEL PARA AUTOCLAVE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações/orientações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (largura máxima = 57mm X Diâmetro máximo = 50mm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Indicado para Impressora Matricial FH 190 MM.57 RCN | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Compatível com o Autoclave CISA Série 640, Modelo 6412. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Justificativa e Observação: | | |

| | |
|---|---|
| | _____<br>_____<br>_____<br>**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 ROLOS |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | BOBINA DE PAPEL PARA AUTOCLAVE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37386 | 464442 | | | | X | | |
| Descrição Completa | BOBINA DE PAPEL PARA AUTOCLAVE. Aplicação (finalidade): impressão dos parâmetros físicos dos ciclos realizados nas autoclaves e lavadoras termodesinfectoras. Tamanho/Capacidade: largura = 57mm (+/- 0,5mm). Diâmetro externo máximo do rolo = 50mm. Características adicionais: método de impressão térmico, compatível com a Impressora Térmica Custon Baumer, código do produto H898076. Duração mínima de impressão de 5 anos. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Insumo necessário para impressão dos parâmetros físicos dos ciclos realizados nos equipamentos da marca BAUMER adquiridoss pela rede SES/DF. O Núcleos de Material Esterilizado (NME) tem por missão prover produtos para a saúde (PPS) processados a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico, de forma a garantir a quantidade e a qualidade de materiais necessários para uma assistência segura. Ademais, a aquisição visa atender a RDC ANVISA Nº 15/2012, haja vista que a ausência compromete a comprovação da eficácia e segurança da esterilização. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE BOBINA DE PAPEL PARA AUTOCLAVE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações/orientações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado (largura = 57mm (+/-0,5mm). Diâmetro externo máximo do rolo = 50mm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Método de impressão térmico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Compatível com a impressora Térmica Custon Baumer, código do produto H898076 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____<br><br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 ROLOS |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FITA CARTUCHO IMPRESSORA AUTOCLAVE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37387 | 428239 | | | | X | | |
| Descrição Completa | FITA CARTUCHO IMPRESSORA AUTOCLAVE. Aplicação (finalidade): impressão dos parâmetros físicos dos ciclos realizados nas autoclaves e lavadoras termodesinfectoras. Características adicionais: Fita Cartucho ERC 09 B para Impressora FH190, compatível com a Autoclave CISA Série 640, Modelo 6412. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Insumo necessário para impressão dos parâmetros físicos dos ciclos realizados nos equipamentos da marca CISA adquiridos pela rede SES/DF. O Núcleos de Material Esterilizado (NME) tem por missão prover produtos para a saúde (PPS) processados a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico, de forma a garantir a quantidade e a qualidade de materiais necessários para uma assistência segura. Ademais, a aquisição visa atender a RDC ANVISA Nº 15/2012, haja vista que a ausência compromete a comprovação da eficácia e segurança da esterilização. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE FITA CARTUCHO PARA AUTOCLAVE | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações/orientações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Fita Cartucho ERC 09 B indicado para Impressora FH 190 | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Compatível com o Autoclave CISA Série 640, Modelo 6412. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentou algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- PARECER FINAL | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |

| | |
|---|---|
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ETIQUETA ADESIVA PARA IDENTIFICAÇÃO MANUAL DE PACOTES DE CME | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 37398 | 390551 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ETIQUETA ADESIVA PARA IDENTIFICAÇÃO MANUAL DE PACOTES DE CME. Aplicação (finalidade): identificação de embalagens e pacotes dos produtos para saúde a serem submetidos à esterilização. Composição: etiqueta adesiva que deverá conter campos para preenchimento manual com, minimamente, as seguintes informações: Nome do produto, Data da Esterilização, Número do lote, Prazo de Validade de Prateleira/Data limite de uso, Método de Esterilização, Nome do responsável pelo preparo, e observações. Tamanho/Capacidade: no mínimo 70mm x 50mm. Características adicionais: Deve suportar esterilização a vapor a 134 °C e ser compatível com qualquer tipo de embalagem: tecido, papel grau cirúrgico, SMS, papel crepado e outros. Deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. Apresentação: Rolo contendo no mínimo 500 etiquetas e no máximo 1000 etiquetas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Insumo necessário para identificação/rotulagem dos artigos médicos hospitalares submetidos a esterilização. O Núcleos de Material Esterilizado (NME) tem por missão prover produtos para a saúde (PPS) processados a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico, de forma a garantir a quantidade e a qualidade de materiais necessários para uma assistência segura. Ademais, a aquisição visa atender a RDC ANVISA Nº 15/2012, em seus artigos:<br><br>Art. 83 É obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas.<br><br>Art. 84 O rótulo dos produtos para saúde processados deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE DE ESTOQUE: UNIDADE<br>APRESENTAÇÃO: ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE ETIQUETA ADESIVA PARA IDENTIFICAÇÃO MANUAL DE PACOTES DE CME | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Oferece proteção ao produto da fabricação até o consumo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações/orientações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.2- Produto** | | |
| | Rolo com quantidade de etiquetas solicitado (mínimo 500 etiquetas e no máximo 1000) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado (no mínimo 70mm x 50mm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Íntegro, sem defeitos ou furos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Compatível com diversos tipos de embalagem (tecido, papel grau cirúrgico, SMS, papel crepado e outros) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Contém as informações: Nome do produto, Data da Esterilização, Número do lote, Prazo de Validade de Prateleira/Data limite de uso, Método de Esterilização, Nome do responsável pelo preparo, e observações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Suporta o processo de esterilização a vapor a 134 °C | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | capaz de se manter legível e afixado nas embalagens (desde o processo de esterilização até o momento do uso) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 ROLOS | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FITA AUTOCLAVE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 76695 | 332343 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | FITA PARA AUTOCLAVE, Material: confeccionada em duas faces, sendo o dorso em papel crepado tratado, com impressão de sinalizador visual que indique passagem pelo processo de esterilização em autoclave (listas brancas na diagonal) e a outra face em adesivo especial resistente a altas temperaturas, Tamanho/Capacidade: 17 a 20mm x 30m, Características Adicionais: embaladas individualmente em saco plástico, Forma De Apresentação: rolo com 17a 20mm x 30m, Prazo de validade: 75% do prazo total de validade do produto, Unidade De Estoque: rolo (RL), Código SES: 076695, Unidade De Fornecimento: rolo com 17a 20mm x 30m. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>FITA PARA AUTOCLAVE – Indicador químico classe I utilizado para verificar se os materiais passaram ou não pelo processo de esterilização por autoclave, detectando possíveis falhas nos equipamentos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FITA DE AUTOCLAVE | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Íntegra | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |
| | Impressão gráfica Legível | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |
| | Indicação de uso | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | *2.2.1- Quanto a Face Adesiva* | | |
| | Composição compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Adesivo resistente em altas temperaturas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não danifica o tecido ao retirar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente ao manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Ausência de resíduo ao descolar tecido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2-Quanto a Face Crepada* | | |
| | Apresenta tinta termoativa que sinalize passagem pelo processo de esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta Facilidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MANTA DE POLIPROPILENO 100X100 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 15881 | 452011 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | MANTA DE POLIPROPILENO, Tamanho: 100 x 100 cm ( +- 5 cm), Produto: 100% em 03 camadas ( SMS), Gramatura Mínima: 55 g/m2, Uso: único, não estéril, composta por 03 camadas ( SMS) soldadas termicamente, sendo as 2 ( duas ) camadas externas de spunbond e 1 ( uma ) camada interna de meltblown, as camadas de spunbond deverão oferecer hidrorepelência, maleabilidade, resistência ao manuseio contra rasgos e não liberar fibras e partículas, a camada de meltblown deverá oferecer barreira microbiológica, Características Adicionais: assegurada por laudo de eficiência de filtração bacteriana ( BFE ), a manta é indicaca como embalagem para artigos a serem submetiddos e esterilizados por gás formaldeído ou vapor saturado sob pressão ou peróxido de hidrogênio, devendo ser permeável aos agentes esterilizantes, atóxica, antiestática e maleável para permitir o fechamento adequado do pacote, Cor: azul ou verde, Apresentação: acondicionadas em caixas de papelão com 100 ou 200 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos.<br>As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento.<br>Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br><br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br><br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MANTA DE POLIPROPILENO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho: □ 50X50 □ 75X75 □ 90X90 □ 100X100 | | |
| | **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:** | | |
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o descritivo – 03 camadas (SMS) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura minima exigida (55g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Repelente a líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à rasgos e trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite o fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | MANTA DE POLIPROPILENO 50X50 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 15878 | 452017 | | | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | MANTA DE POLIPROPILENO, Tamanho: 50 x 50 cm ( +- 5 cm), Produto: 100% em 03 camadas ( SMS), Gramatura Mínima: 55 g/m2, Uso: único, não estéril, composta por 03 camadas ( SMS) soldadas termicamente, sendo as 2 ( duas ) camadas externas de spunbond e 1 ( uma ) camada interna de meltblown, as camadas de sp0unbond deverão oferecer hidrorepelência, maleabilidade, resistência ao manuseio contra rasgos e não liberar fibras e partículas, a camada de meltblown deverá oferecer barreira microbiológica, Características Adicionais: assegurada por laudo de eficiência de filtração bacteriana ( BFE ), a manta é indicaca como embalagem para artigos a serem submetiddos e esterilizados por gás formaldeído ou vapor saturado sob pressão ou peróxido de hidrogênio, devendo ser permeável aos agentes esterilizantes, atóxica, antiestática e maleável para permitir o fechamento adequado do pacote, Cor: azul ou verde, Apresentação: acondicionadas em caixas de papelão com 100 ou 200 unidades. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância. A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos.<br>As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento.<br>Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MANTA DE POLIPROPILENO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tamanho: □ 50X50 □ 75X75 □ 90X90 □ 100X100 | | |
| | **2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**: | | |
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o descritivo – 03 camadas (SMS) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura minima exigida (55g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Repelente a líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à rasgos e trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite o fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MANTA DE POLIPROPILENO 75X75 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 15879 | 442333 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | MANTA DE POLIPROPILENO, Tamanho: 75 x 75 cm ( +- 5 cm), Produto: 100% em 03 camadas ( SMS), Gramatura Mínima: 55 g/m2, Uso: único, não estéril, composta por 03 camadas ( SMS) soldadas termicamente, sendo as 2 ( duas ) camadas externas de spunbond e 1 ( uma ) camada interna de meltblown, as camadas de spunbond deverão oferecer hidrorepelência, maleabilidade, resistência ao manuseio contra rasgos e não liberar fibras e partículas, a camada de meltblown deverá oferecer barreira microbiológica, Características Adicionais: assegurada por laudo de eficiência de filtração bacteriana ( BFE ), a manta é indicaca como embalagem para artigos a serem submetiddos e esterilizados por gás formaldeído ou vapor saturado sob pressão ou peróxido de hidrogênio, devendo ser permeável aos agentes esterilizantes, atóxica, antiestática e maleável para permitir o fechamento adequado do pacote, Cor: azul ou verde, Apresentação: acondicionadas em caixas de papelão com 100 ou 200 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância. A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos.<br>As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento.<br>Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br><br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br><br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MANTA DE POLIPROPILENO<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 50X50 □ 75X75 □ 90X90 □ 100X100 | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com o descritivo – 03 camadas (SMS) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura minima exigida (55g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Repelente a líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à rasgos e trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite o fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MANTA DE POLIPROPILENO 90X90 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 15880 | 452012 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | MANTA DE POLIPROPILENO, Tamanho: 90 x 90 cm ( +- 5 cm), Produto: 100% em 03 camadas ( SMS), Gramatura Mínima: 55 g/m2, Uso: único, não estéril, composta por 03 camadas ( SMS) soldadas termicamente, sendo as 2 ( duas ) camadas externas de spunbond e 1 ( uma ) camada interna de meltblown, as camadas de spunbond deverão oferecer hidrorepelência, maleabilidade, resistência ao manuseio contra rasgos e não liberar fibras e partículas, a camada de meltblown deverá oferecer barreira microbiológica, Características Adicionais: assegurada por laudo de eficiência de filtração bacteriana ( BFE ), a manta é indicaca como embalagem para artigos a serem submetiddos e esterilizados por gás formaldeído ou vapor saturado sob pressão ou peróxido de hidrogênio, devendo ser permeável aos agentes esterilizantes, atóxica, antiestática e maleável para permitir o fechamento adequado do pacote, Cor: azul ou verde, Apresentação: acondicionadas em caixas de papelão com 100 ou 200 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância. A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos. As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento. Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br><br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br><br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MANTA DE POLIPROPILENO<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: ◻ 50X50 ◻ 75X75 ◻ 90X90 ◻ 100X100 | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| | 2.1- Embalagem: | | |
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Impressão gráfica Legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Informação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com o descritivo – 03 camadas (SMS) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura minima exigida (55g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Repelente a líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à rasgos e trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite o fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL CREPADO, TAMANHO 30X30 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 20318 | 442439 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL CREPADO, Tamanho: 30 x 30 cm, Composição: 100% celulose. Tipo Uso: Embalagem para esterilização de produto médico hospitalar, Gramatura Mínima: 60g/m2. Características Adicionais: atóxico, antiestático, hidrorrepelente, resistente ao manuseio, boa drapeabilidade, que não libere fibras ou partículas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos.<br>As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento.<br>Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br><br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br><br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL CREPADO | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: ☐ 30X30 ☐ 40X40 ☐ 50X50 | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Integra | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o descritivo - 100% celulose | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura mínima exigida (60g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente ao manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL CREPADO, TAMANHO 40X40 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 4623 | 446689 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL CREPADO, Tamanho: 40 x 40 cm, Composição: 100% celulose, Tipo Uso: Embalagem para esterilização de material medico hospitalar. Gramatura Mínima: 60g/m2, Características Adicionais: atóxico, antiestático, hidrorepelente, resistente ao manuseio, boa drapeabilidade, que não libere fibras ou partículas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos.<br>As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento.<br>Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL CREPADO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ 30X30 □ 40X40 □ 50X50<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem: | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o descritivo - 100% celulose | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura mínima exigida (60g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente ao manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Y | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL CREPADO, TAMANHO 50X50 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 14871 | 442440 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | PAPEL CREPADO, Tamanho: 50 x 50 cm, Composição: 100% celulose, Tipo Uso: Embalagem para esterilização de produto médico hospitalar. Gramatura Mínima: 60g/m2, Características Adicionais: atóxico, antiestático, hidrorepelente, resistente ao manuseio, boa drapeabilidade, que não libere fibras ou partículas.0 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância. A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO – São invólucros que permitem a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de micro-organismos. As embalagens utilizadas para esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à ANVISA como de uso específico para esterilização. Tem como finalidade permitir o processo de esterilização indicado e a manutenção da esterilidade do produto, guardando-o das condições de transporte e armazenamento. Existem diversos tipos de embalagens, diferenciando quanto à composição, resistência e indicação de uso. A seleção da embalagem deve levar em consideração o material a ser processado e o método de esterilização indicado, observando as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e da ANVISA. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PAPEL CREPADO | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: ◻ 30X30 ◻ 40X40 ◻ 50X50 | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Integra | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |
| | Embalagem gráfica e legível | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Indicação da gramatura e tamanho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece proteção ao produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com o descritivo - 100% celulose | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Gramatura mínima exigida (60g/m²) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho corresponde ao solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atóxico, antiestástica e maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à líquidos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente ao manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite fechamento adequado dos pacotes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permeável aos agentes esterilizantes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite processos de esterilização aos quais é indicado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Não libera fibras e partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta algum desvio de qualidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA DE AÇO: Aplicação: escova reutilizável para limpeza de instrumentais cirúrgicos (ortopedia) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29767 | 0396683 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA DE AÇO: Aplicação: escova reutilizável para limpeza de instrumentais cirúrgicos (ortopedia) com cerdas suaves e extremamente finas em aço inoxidável medindo aproximadamente 38 mm de comprimento e 12,7 mm de diâmetro com cabo plástico em formato anatômico e comprimento total entre 17,78 e 18,4 cm. Possuir cabo antiderrapante para facilitar o uso (variação +/- 5%). Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm)<br>( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm) | | | | | | |

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou | |

| | |
|---|---|
| Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA NYLON: Aplicação: escova para limpeza de instrumentais cirúrgicos em geral | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29768 | 396681 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA NYLON: Aplicação: escova para limpeza de instrumentais cirúrgicos em geral com cerdas em nylon macias medindo aproximadamente 38 mm de comprimento e diâmetro de aproximadamente 12,7 mm com cabo plástico em formato anatômico e comprimento total entre 17,78 a 18,4 cm. Possuir cabo antiderrapante para facilitar o uso (variação +/- 5%). Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm)<br>( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)<br>( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm) | | | | | | |

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)
( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.
( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível
( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.
( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____
_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA INTERNA DE VIDRO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29769 | 417261 | | | X | X | | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA INTERNA DE VIDRO: Aplicação: escova reutilizável para limpeza de frascos com cerdas em nylon macias, confeccionado com nylon e poliéster em toda a sua extremidade com 125 mm de comprimento por 75 mm de diâmetro com cabo resistente em aço inox torcido e comprimento total de 26,4 cm. (variação +/- 5%). Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm)<br>( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)<br>( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm) | | | | | | |

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)
( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)
( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.
( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível
( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.
( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**
_____
_____
_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**
Hospital:_____
Setor:_____
Data:_____
Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DE RASPAS ACETABULARES | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29777 | 368379 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DE RASPAS ACETABULARES: Aplicação: escova com duas extremidades para limpeza de raspas acetabulares, autoclavável, possui cerdas de nylon Anti Microbiais, com cabo reforçado. Medindo entre 16,51 cm a 17,90 cm de comprimento e a extremidade com ponta circular mede entre 4,40 cm a 4,50 cm de diâmetro e a extremidade reta mede 0,8 cm de diâmetro. Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29779 | 0354906 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito, dos materiais usados em procedimentos cirúrgicos. Material: não estéril, confeccionado com cerdas macias de nylon e haste em aço inox torcido, deve promover a limpeza sem danificar o lúmen do material, podendo ser lavada logo após o uso. Tamanho: aproximadamente com diâmetro circular de 5 x 100 x 400 mm. Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |

| | |
|---|---|
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29780 | 365662 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito, dos materiais usados em procedimentos cirúrgicos. Material: não estéril, confeccionado com cerdas macias de nylon e haste em aço inox torcido, deve promover a limpeza sem danificar o lúmen do material, podendo ser lavada logo após o uso. Tamanho: aproximadamente com diâmetro circular de 6 x 60 x 450 mm. Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do** | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29781 | 0383012 | | | | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito, dos materiais usados em procedimentos cirúrgicos. Material: não estéril, confeccionado com cerdas macias de nylon e haste em aço inox torcido, deve promover a limpeza sem danificar o lúmen do material, podendo ser lavada logo após o uso. Tamanho: aproximadamente com diâmetro circular de 4 x 60 x 450 mm. Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do** | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29782 | 0365661 | | | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito, dos materiais usados em procedimentos cirúrgicos. Material: não estéril, confeccionado com cerdas macias de nylon e haste em aço inox torcido, deve promover a limpeza sem danificar o lúmen do material, podendo ser lavada logo após o uso. Tamanho: aproximadamente com diâmetro circular de 5 x 100 x 500 mm. Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |
| Local de entrega do | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29783 | 0365660 | | | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DE MATERIAL CANULADO: Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual de lúmen estreito, dos materiais usados em procedimentos cirúrgicos. Material: não estéril, confeccionado com cerdas macias de nylon e haste em aço inox torcido, deve promover a limpeza sem danificar o lúmen do material, podendo ser lavada logo após o uso. Tamanho: aproximadamente com diâmetro circular de 10 x 100 x 600 mm. Forma de apresentação: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do** | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | KIT ESCOVA PARA LIMPEZA INTERNA DE AUTOCLAVE | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 29771 | 0346433 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | KIT ESCOVA PARA LIMPEZA INTERNA DE AUTOCLAVE: Aplicação: limpeza interna de autoclave. Material: não estéril, escova de nylon com cerdas arredondadas entre 13 x 21,5 cm e cabo telescópio de alumínio com variação entre 60 cm a 122 cm de comprimento e escova de mão em nylon entre 10 x 14 cm de comprimento. Deve promover a limpeza sem danificar o equipamento. Forma de apresentação: Kit. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm)<br>( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm) | | | | | | |

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou** | |

| | |
|---|---|
| Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO BRONCOSCOPIO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 30771 | 347160 | | | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO BRONCOSCOPIO. Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual interna do canal de biopsia do broncoscopio com lúmen estreito e longo. Material: não estéril, confeccionado com cerdas de nylon resistentes e macias, parte distal de material em aço inox flexível, diâmetro da escova: de 1.2 mm a 3.2 mm, de 100 a 150 centímetros de comprimento, com cerdas em uma extremidade e ponta arredondada. Deve promover a limpeza sem danificar o material, devendo ser reutilizável e autoclavável. Registro no Ministério da Saúde. Quantidade: unidade. Forma de apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **3- PARECER FINAL** | | |
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do** | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO GASTROSCOPIO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 30772 | 381403 | | | X | X | X | |
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO GASTROSCOPIO. Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual interna do canal de biopsia do gastroscopio com lúmen estreito e longo. Material: não estéril, confeccionado com cerdas de nylon resistentes e macias, parte distal de material em aço inox flexível, diâmetro da escova: de 4 mm a 5 mm, de 160 a 180 centímetros de comprimento, com cerdas em uma extremidade e ponta arredondada. Deve promover a limpeza sem danificar o material devendo ser reutilizável e autoclavável. Registro no Ministério da Saúde. Quantidade: unidade. Forma de apresentação: embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação:<br>( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm) | | | | | | |

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES |
| **Local de entrega do** | |

| | |
|---|---|
| produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO COLONOSCOPIO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 30773 | 381402 | | | X | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ESCOVA PARA LIMPEZA DO CANAL DE BIOPSIA DO COLONOSCOPIO. Aplicação: escova circular para uso em limpeza manual interna do canal de biopsia do colonoscopio com lúmen estreito e longo. Material: não estéril, confeccionado com cerdas de nylon resistentes e macias, parte distal de material em aço inox flexível, diâmetro da escova: de 4.6 mm a 6 mm, de 200 a 240 centímetros de comprimento, com cerdas em uma extremidade e ponta arredondada. Deve promover a limpeza sem danificar o material devendo ser reutilizável e autoclavável. Registro no Ministério da Saúde. Quantidade: unidade. Forma de apresentação: embalagem individual. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A esterilização é o método mais eficiente para a eliminação de vírus, bactérias, esporos, fungos, protozoários e helmintos causadores de infecções, doenças e outros males a saúde humana. Somente a esterilização garante a integridade do paciente contra a vida microbiana prejudicial à saúde, tornando assim o processo de esterilização e assuntos relacionados uma questão de extrema importância.<br>A aquisição de insumos necessários para o processo de limpeza e esterilização de materiais visa atender o que preconiza a legislação vigente RDC-15 da ANVISA, e todo o processo necessário para garantir segurança e qualidade ao serviço prestado pela SES/DF, pois a efetividade de todo processo provém de vários fatores interdependentes, como a complexidade do artigo, a qualidade da água, do tipo e a da qualidade dos agentes e dos acessórios de limpeza, e ainda o método adotado para a limpeza, o enxágue e a secagem do material.<br>ESCOVAS ESPECIAIS PARA LIMPEZA DE ARTIGOS PARA A SAÚDE – A limpeza é uma etapa fundamental do processamento dos produtos para a saúde e consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície e lumens desses materiais. Quando realizada de forma inadequada, impede a esterilização pois diante de matéria orgânica, o agente esterilizante não consegue penetrar para que a esterilização ocorra. Para garantir a eficácia do processo de limpeza dos artigos para saúde, é indispensável a utilização de acessórios específicos, pois além de permitir que limpeza manual aconteça de forma mais segura e adequada, as escovas especiais ajudam a aumentar a produtividade do setor e contribuem para durabilidade dos artigos. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária para os itens em que essa documentação se aplique;<br>Ficará a cargo do proponente, provar que o material objeto da licitação não está sujeito ao regime da Vigilância Sanitária. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ESCOVA PARA INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Especificação: |

( ) Escova de aço (cerdas de aço: 38mm x 12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18.4cm)

( ) Escova Nylon (cerdas nylon: 38mm x12,7mm; Cabo plástico: 17,78 a 18,4cm)

( ) Escova p/ limpeza interna Vidro (cerdas nylon: 125 x 75mm; Cabo aço inox: 26 a 27cm)

( ) Escova p/ limpeza de raspas acetabulares, ***autoclavável*** (Cerdas de nylon. Cabo: 16,5 a 17,9cm; extremidade circular: 4,4 a 4,5cm de diâmetro; extremidade reta: 0,8 cm de diâmetro)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x400mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 6x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 4x60x450mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 5x100x500mm)

( ) Escova p/ canulados (Cerdas nylon; cabo aço inox. Diâmetro circular aproximado: 10x100x600mm)

( ) KIT escova p/ limpeza de autoclave – 1 Escova com Cerdas nylon: 13 x 21,5 cm e Cabo telescópio de alumínio: 60 a 122 cm e 1 escova de mão em nylon: comprimento 10 x 14 cm.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do broncoscopio, **autoclavável** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 1.2mm a 3.2mm; comprimento: 100 a 150cm). Parte distal em aço inox flexível

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do gastroscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4mm a 5mm; comprimento: 160 a 180cm). Parte distal em aço inox flexível.

( ) Escova p/ limpeza do canal de biopsia do colonoscopio, ***autoclavável*** – (escova circular cerdas nylon: diâmetro: 4.6 mm a 6 mm; comprimento: 200 a 240cm). Parte distal em aço inox flexível

**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL**:

**2.1- Embalagem:**

| | | |
|---|---|---|
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem gráfica e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação de indicação e uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**2.2- Produto**

| | | |
|---|---|---|
| Confeccionado em material compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cerdas compatíveis com o solicitado, fixas e resistentes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Cabo é compatível com o solicitado (resistência, flexibilidade) favorece manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove a remoção de sujidade de maneira eficaz | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Promove limpeza sem danificar o instrumental/equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoclavável (se aplicável) | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**3- PARECER FINAL**

| | | |
|---|---|---|
| Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**Justificativa e Observação:**

_____

_____

_____

**4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

Data:_____

Nome:_____

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES |

| | |
|---|---|
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ELETRODO DESCARTÁVEL NEONATAL PARA ECG E MONITORIZAÇÃO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 77814 | 461259 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ELETRODO DESCARTÁVEL NEONATAL PARA ECG E MONITORIZAÇÃO. Aplicação: monitoração eletrocardiográfica e realização de ECG. Material: eletrodo tamanho neonatal, autoadesivo, com gel sólido, hipoalergênico e atóxico. Apresentação: Embalagem com no máximo 50 unidades, que permita validade mínima de 30 dias após sua abertura. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ELETRODOS – Eletrodos descartáveis tem como função transmitir os sinais elétricos do coração para os equipamentos de monitorização e eletrocardiograma. São indispensáveis para monitorização cardíaca de pacientes internados nas unidades de Terapia Intensiva, urgências e centros cirúrgicos. A ausência de Eletrodos poderá incorrer em graves consequências, pois inviabiliza o procedimento de monitorização cardíaca e a realização de exame (ECG), podendo levar à suspensão de serviços como internações e cirurgias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ELETRODO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: ◻ Adulto ◻ Pediátrico ◻ Neonatal | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece instruções de uso, incluindo os procedimentos de preparação da pele e do eletrodo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Precauções e advertências adequadas, incluindo os limites de duração e aplicação e vida útil fora da bolsa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece validade de no mínimo 30 dias após a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoadesivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Biocompatível (não causa lesões e irritações na pele) e atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Adesivo apresentou desempenho indicado pelo fabricante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 PACOTES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ELETRODO DESCARTÁVEL PEDIÁTRICO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 37706 | 461245 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ELETRODO DESCARTÁVEL PEDIÁTRICO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO. Aplicação: monitoração eletrocardiográfica e realização de ECG. Material: eletrodo tamanho pediátrico, autoadesivo, com gel sólido, hipoalergênico e atóxico. Apresentação: Embalagem com no máximo 50 unidades, que permita validade mínima de 30 dias após sua abertura. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ELETRODOS – Eletrodos descartáveis tem como função transmitir os sinais elétricos do coração para os equipamentos de monitorização e eletrocardiograma. São indispensáveis para monitorização cardíaca de pacientes internados nas unidades de Terapia Intensiva, urgências e centros cirúrgicos. A ausência de Eletrodos poderá incorrer em graves consequências, pois inviabiliza o procedimento de monitorização cardíaca e a realização de exame (ECG), podendo levar à suspensão de serviços como internações e cirurgias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ELETRODO | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: ◻ Adulto ◻ Pediátrico ◻ Neonatal | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece instruções de uso, incluindo os procedimentos de preparação da pele e do eletrodo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Precauções e advertências adequadas, incluindo os limites de duração e aplicação e vida útil fora da bolsa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece validade de no mínimo 30 dias após a abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoadesivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Biocompatível (não causa lesões e irritações na pele) e atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Adesivo apresentou desempenho indicado pelo fabricante | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Atende a finalidade que se destina | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 PACOTES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 58285 | 461243 | | X | X | X | X | |
| Descrição Completa | ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO. Aplicação: monitoração eletrocardiográfica e realização de ECG. Material: eletrodo tamanho adulto, autoadesivo, com gel sólido, hipoalergênico e atóxico. Apresentação: Embalagem com no máximo 50 unidades, que permite validade mínima de 30 dias após a sua abertura. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | ELETRODOS – Eletrodos descartáveis tem como função transmitir os sinais elétricos do coração para os equipamentos de monitorização e eletrocardiograma. São indispensáveis para monitorização cardíaca de pacientes internados nas unidades de Terapia Intensiva, urgências e centros cirúrgicos. A ausência de Eletrodos poderá incorrer em graves consequências, pois inviabiliza o procedimento de monitorização cardíaca e a realização de exame (ECG), podendo levar à suspensão de serviços como internações e cirurgias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PLACA DE BISTURI | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: ☐ Adulto ☐ Infantil | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece instruções de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Precauções e advertências adequadas, incluindo os limites de duração e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Formato anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoadesivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Biocompatível (não causa lesões e irritações na pele) e atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou bom desempenho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Adaptável ao aparelho de bisturi elétrico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 2 PACOTES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PLACA BISTURI INFANTIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 12587 | 459254 | | | X (POLICLINICA) | X | X | |
| Descrição Completa | PLACA BISTURI, Tipo Uso: infantil descartável, Formato: anatômico, Aplicação: adaptável a qualquer tipo de bisturí eletrônico. Características Adicionais: auto adesiva (placa ele.. Adicionais: auto adesiva (placa eletro-cirúrgica) boa adesividade a pele do paciente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | PLACA DE BISTURI – Bisturi elétrico é um aparelho utilizado em procedimentos cirúrgicos para corte e coagulação de tecidos orgânicos, o funcionamento se dá através de uma corrente elétrica de alta intensidade que produz calor quando entra em contato com os tecidos. Para a utilizado do bisturi elétrico é indispensável a utilização da placa dispersiva, seu objetivo de dispersar a corrente elétrica do corpo do paciente, evitando queimaduras e choques elétricos. Sua ausência inviabiliza a realização de cirurgias gerando prejuízos ao serviços e graves consequências à saúde dos usuários da rede SES-DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PLACA DE BISTURI | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ Adulto □ Infantil | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece instruções de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Precauções e advertências adequadas, incluindo os limites de duração e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Formato anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoadesivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Biocompatível (não causa lesões e irritações na pele) e atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou bom desempenho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Adaptável ao aparelho de bisturi elétrico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PLACA DE BISTURI ADULTO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRE HOSP |
| 12586 | 459252 | | | X (POLICLINICA) | X | X | |
| Descrição Completa | PLACA DE BISTURI, Tipo Uso: adulto descartável, Formato: anatômico, Aplicação: adaptável a qualquer tipo de bisturi eletrônico, Características adicionais: auto adesiva (placa eletro-cirúrgica) boa adesividade a pele do paciente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | PLACA DE BISTURI – Bisturi elétrico é um aparelho utilizado em procedimentos cirúrgicos para corte e coagulação de tecidos orgânicos, o funcionamento se dá através de uma corrente elétrica de alta intensidade que produz calor quando entra em contato com os tecidos. Para a utilizado do bisturi elétrico é indispensável a utilização da placa dispersiva, seu objetivo de dispersar a corrente elétrica do corpo do paciente, evitando queimaduras e choques elétricos. Sua ausência inviabiliza a realização de cirurgias gerando prejuízos ao serviços e graves consequências à saúde dos usuários da rede SES-DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PLACA DE BISTURI | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>Tamanho: □ Adulto □ Infantil | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Integra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto da fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fornece instruções de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Instruções de armazenamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Precauções e advertências adequadas, incluindo os limites de duração e aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2.2- Produto | | |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Formato anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Autoadesivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Boa adesividade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Biocompatível (não causa lesões e irritações na pele) e atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentou bom desempenho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Adaptável ao aparelho de bisturi elétrico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:**<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 3 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | HOSP | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CPAR/DIENF | | |

## GRUPO: MEDICINA DO TRABALHO

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 6,5 EM LATEX ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92410 | 0269946 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 6,5 EM LATEX ESTERIL. Aplicação: uso universal em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica rigorosa. Material: látex íntegro, Características Adicionais: estéril, com formato, disposição e bainha anatômica, com punho longo, comprimento total da luva de no mínimo de 25 cm, lubrificadas com pó bio absorvível, atóxico, que não cause dano ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, ser antiderrapante, com látex íntegro, sem manchas, sem ponto de acúmulo de látex, dobradas de acordo com o padrão hospitalar acondicionadas em envelope interno separando as luvas direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. A embalagem externa deve assegurar a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem delaminar, deve conter: o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade De Estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Isenta de látex Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Embalagem:**<br>Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | tamanho; número do C.A.) | | |
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto | Z | | |

| | |
|---|---|
| (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gerencia.nhsmt@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 7,0 EM LATEX ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92401 | 0269839 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 7,0 EM LATEX ESTERIL. Aplicação: uso universal em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica rigorosa. Material: látex íntegro, Características Adicionais: estéril, com formato, disposição e baínha anatômica, com punho longo, comprimento total da luva de no mínimo de 25 cm, lubrificadas com pó bio absorvível, atóxico, que não cause dano ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, ser antiderrapante, com látex íntegro, sem manchas, sem ponto de acúmulo de látex, dobradas de acordo com o padrão hospitalar acondicionadas em envelope interno separando as luvas direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. A embalagem externa deve assegurar a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem delaminar, deve conter: o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade De Estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |

| | |
|---|---|
| validade no ato da entrega | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 7,5 EM LATEX ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92402 | 0269838 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 7,5 EM LATEX ESTERIL. Aplicação: uso universal em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica rigorosa. Material: látex íntegro, Características Adicionais: estéril, com formato, disposição e baínha anatômica, com punho longo, comprimento total da luva de no mínimo de 25 cm, lubrificadas com pó bio absorvível, atóxico, que não cause dano ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, ser antiderrapante, com látex íntegro, sem manchas, sem ponto de acúmulo de látex, dobradas de acordo com o padrão hospitalar acondicionadas em envelope interno separando as luvas direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. A embalagem externa deve assegurar a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem delaminar, deve conter: o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade De Estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |

| | |
|---|---|
| validade no ato da entrega | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 8,0 EM LATEX ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92403 | 0269837 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 8,0 EM LATEX ESTERIL. Aplicação: uso universal em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica rigorosa. Material: látex íntegro, Características Adicionais: estéril, com formato, disposição e baínha anatômica, com punho longo, comprimento total da luva de no mínimo de 25 cm, lubrificadas com pó bio absorvível, atóxico, que não cause dano ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, ser antiderrapante, com látex íntegro, sem manchas, sem ponto de acúmulo de látex, dobradas de acordo com o padrão hospitalar acondicionadas em envelope interno separando as luvas direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. A embalagem externa deve assegurar a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem delaminar, deve conter: o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade De Estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |

| | |
|---|---|
| validade no ato da entrega | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 8,5 EM LATEX ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92400 | 0269947 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRURGICA CONVENCIONAL Nº 8,5 EM LATEX ESTERIL. Aplicação: uso universal em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica rigorosa. Material: látex íntegro, Características Adicionais: estéril, com formato, disposição e baínha anatômica, com punho longo, comprimento total da luva de no mínimo de 25 cm, lubrificadas com pó bio absorvível, atóxico, que não cause dano ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, ser antiderrapante, com látex íntegro, sem manchas, sem ponto de acúmulo de látex, dobradas de acordo com o padrão hospitalar acondicionadas em envelope interno separando as luvas direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. A embalagem externa deve assegurar a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem delaminar, deve conter: o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem individual, acondicionada em caixa. Unidade De Estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |

| | |
|---|---|
| validade no ato da entrega | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 6,5 ISENTA DE LÁTEX | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 28488 | 282044 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 6,5 ISENTA DE LÁTEX. Aplicação: para servidores portadores de processos alérgicos ao contato direto com o látex. Características Adicionais: Estéril, isenta de látex, com ausência de pó lubrificante a base de amido, com bainha e formato anatômico, material íntegro, sem manchas, boa resistência ao calçar, devidamente identificadas, dobradas de acordo com o padrão hospitalar, com punho de no mínimo de 25 cm, acondicionadas em envelope interno separando a luva direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. Embalagem externa em material que assegure a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem rasgar. Deve constar o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e de validade, o número do C. A. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. Unidade de estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas isentas de látex - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica e indicadas para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser | | |

| | |
|---|---|
| transcorrido da validade no ato da entrega | definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 7,0 ISENTA DE LÁTEX | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 28489 | 272779 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 7,0 ISENTA DE LÁTEX. Aplicação: para servidores portadores de processos alérgicos ao contato direto com o látex. Características Adicionais: Estéril, isenta de látex, com ausência de pó lubrificante a base de amido, com bainha e formato anatômico, material íntegro, sem manchas, boa resistência ao calçar, devidamente identificadas, dobradas de acordo com o padrão hospitalar, com punho de no mínimo de 25 cm, acondicionadas em envelope interno separando a luva direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. Embalagem externa em material que assegure a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem rasgar. Deve constar o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e de validade, o número do C. A. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. Unidade de estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas isentas de látex - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica e indicadas para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL** | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ◻ Látex ◻ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser | | |

| | |
|---|---|
| transcorrido da validade no ato da entrega | definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 7,5 ISENTA DE LÁTEX | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 28490 | 272778 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 7,5 ISENTA DE LÁTEX. Aplicação: para servidores portadores de processos alérgicos ao contato direto com o látex. Características Adicionais: Estéril, isenta de látex, com ausência de pó lubrificante a base de amido, com bainha e formato anatômico, material íntegro, sem manchas, boa resistência ao calçar, ser anti-derrapante, devidamente identificadas, dobradas de acordo com o padrão hospitalar, com punho de no mínimo de 25 cm, acondicionadas em envelope interno separando a luva direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. Embalagem externa em material que assegure a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem rasgar. Deve constar o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e de validade, o número do C. A. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. Unidade de estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas isentas de látex - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica e indicadas para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: □ Látex □ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |

| | |
|---|---|
| validade no ato da entrega | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 8,0 ISENTA DE LÁTEX | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 28491 | 272777 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 8,0 ISENTA DE LÁTEX. Aplicação: para servidores portadores de processos alérgicos ao contato direto com o látex. Características Adicionais: Estéril, isenta de látex, com ausência de pó lubrificante a base de amido, com bainha e formato anatômico, material íntegro, sem manchas, boa resistência ao calçar, devidamente identificadas, dobradas de acordo com o padrão hospitalar, com punho de no mínimo de 25 cm, acondicionadas em envelope interno separando a luva direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. Embalagem externa em material que assegure a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem rasgar. Deve constar o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e de validade, o número do C. A. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. Unidade de estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas isentas de látex - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica e indicadas para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ◻ Látex ◻ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser | | |

| | |
|---|---|
| transcorrido da validade no ato da entrega | definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 8,5 ISENTA DE LÁTEX | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 28492 | 282021 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA CIRÚRGICA ESPECIAL N° 8,5 ISENTA DE LÁTEX. Aplicação: para servidores portadores de processos alérgicos ao contato direto com o látex. Características Adicionais: Estéril, isenta de látex, com ausência de pó lubrificante a base de amido, com bainha e formato anatômico, material íntegro, sem manchas, boa resistência ao calçar, devidamente identificadas, dobradas de acordo com o padrão hospitalar, com punho de no mínimo de 25 cm, acondicionadas em envelope interno separando a luva direita e esquerda e devidamente identificado na parte externa. Embalagem externa em material que assegure a esterilidade do produto sob condições adequadas de manuseio e estocagem, deve permitir abertura que promova transferência asséptica sem rasgar. Deve constar o tamanho, o tipo de esterilização, o lote, a data de fabricação e de validade, o número do C. A. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. Unidade de estoque: par. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas cirúrgicas isentas de látex - são utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou que exijam técnica asséptica e indicadas para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PAR | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL | | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: ◻ Látex ◻ Isenta de láte Tamanho: _____ Nº de Amostras:_____ | | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | | |
| | Identificação completa (data fabricação e validade; tipo de esterilização; lote; tamanho; número do C.A.) | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem externa protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior à abertura | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permite abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Embalagem interna em envelope que separe e identifique a luva direita e esquerda e permita a exposição do produto mantendo sua esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com a numeração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Formato, disposição e bainha anatômicos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Punho longo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento total da luva conforme o solicitado (min. 25cm) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Par de luvas (direita e esquerda) devidamente identificadas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 - Látex* | | |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Isenta de Látex* | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material livre de látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser | | |

| | |
|---|---|
| transcorrido da validade no ato da entrega | definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "G" | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92409 | 269892 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "G". Aplicação: uso em técnica não estéril como proteção do profissional. Material: látex íntegro. Tamanho: grande. Características Adicionais: ambidestra, lubrificada com pó bioabsorvível atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, com látex íntegro,sem manchas, sem ponto de acúmulo látex e tamanho de acordo com a especificação, deve estar devidamente embalada de forma a permitir o empilhamento, transporte e armazenamento, a embalagem deve contero tamanho,o lote, a data de fabricação e de validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem contendo 100 (cem) unidades acondicionadas em caixa. Unidade De Estoque: unidade (UN), Código SES: 092409. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "M" | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade |
| 92408 | 0269893 | | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "M". Aplicação: uso em técnica não estéril como proteção do profissional. Material: látex íntegro. Tamanho: médio. Características Adicionais: ambidestra, lubrificada com pó bioabsorvível atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, com látex íntegro,sem manchas, sem ponto de acúmulo látex e tamanho de acordo com a especificação, deve estar devidamente embalada de forma a permitir o empilhamento, transporte e armazenamento, a embalagem deve contero tamanho,o lote, a data de fabricação e de validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem contendo 100 (cem) unidades acondicionadas em caixa. Unidade De Estoque: unidade (UN), Código SES: 092408. | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | | | | |
| | 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | |
| | Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | | | | |
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | |
| | 2.1- Embalagem: | | | | | |
| | Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |
| | Impressão gráfica legível | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |
| | Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | | ( ) SIM | ( ) NÃO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "P" | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 92407 | 269894 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "P". Aplicação: uso em técnica não estéril como proteção do profissional. Material: látex íntegro. Tamanho: pequeno. Características Adicionais: ambidestra, lubrificada com pó bioabsorvível atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, com látex íntegro,sem manchas, sem ponto de acúmulo látex e tamanho de acordo com a especificação, deve estar devidamente embalada de forma a permitir o empilhamento, transporte e armazenamento, a embalagem deve contero tamanho,o lote, a data de fabricação e de validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem contendo 100 (cem) unidades acondicionadas em caixa. Unidade De Estoque: unidade (UN), Código SES: 092407. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO “PP” | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35766 | 269891 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO "PP". Aplicação: uso em técnica não estéril como proteção do profissional. Material: látex íntegro. Tamanho: Extrapequeno (PP). Características Adicionais: ambidestra, lubrificada com pó bioabsorvível atóxico, que não cause danos ao organismo em condições normais de uso, devem apresentar boa resistência ao calçar, com látex íntegro, sem manchas, sem ponto de acúmulo látex e tamanho de acordo com a especificação, deve estar devidamente embalada de forma a permitir o empilhamento, transporte e armazenamento, a embalagem deve conter o tamanho, o lote, a data de fabricação e de validade, conter número do C.A. Apresentação: embalagem contendo 100 (cem) unidades acondicionadas em caixa. Unidade De Estoque: unidade (UN). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO P | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36048 | 313654 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO P, NÃO ESTÉRIL. Material: nitrílica, isenta de látex e sem pó. Indicação: uso por profissionais que apresentem hipersensibilidade ao látex ou ao pó e que atuam no atendimento pré-hospitalar, para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais. Informações adicionais: Ambidestra, isenta de pó, boa elasticidade, uso único, punho com bainha e com marcação do CA. Embalada em material que garanta a integridade do produto, contendo externamente os dados de identificação do produto, procedência, validade do lote, registro no MS, Certificado de Aprovação (CA). Apresentação: Caixa com 100 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas nitrílicas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais. A composição nitrílica é indicada para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36169 | 313653 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO M, NÃO ESTÉRIL. Material: nitrílica, isenta de látex e sem pó. Indicação: uso por profissionais que apresentem hipersensibilidade ao látex ou ao pó e que atuam no atendimento pré-hospitalar, para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais. Informações adicionais: Ambidestra, isenta de pó, boa elasticidade, uso único, punho com bainha e com marcação do CA. Embalada em material que garanta a integridade do produto, contendo externamente os dados de identificação do produto, procedência, validade do lote, registro no MS, Certificado de Aprovação (CA). Apresentação: Caixa com 100 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas nitrílicas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais. A composição nitrílica é indicada para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO G | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 36052 | 313652 | | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LUVA NITRÍLICA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, TAMANHO G, NÃO ESTÉRIL. Material: nitrílica, isenta de látex e sem pó. Indicação: uso por profissionais que apresentem hipersensibilidade ao látex ou ao pó e que atuam no atendimento pré-hospitalar, para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais. Informações adicionais: Ambidestra, isenta de pó, boa elasticidade, uso único, punho com bainha e com marcação do CA. Embalada em material que garanta a integridade do produto, contendo externamente os dados de identificação do produto, procedência, validade do lote, registro no MS, Certificado de Aprovação (CA). Apresentação: Caixa com 100 unidades. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as luvas devem ser utilizadas por duas principais razões: 1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; 2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.<br>Luvas nitrílicas de procedimento - são utilizadas em procedimentos não cirúrgicos, em situações clínicas onde existe a possibilidade de contato, seja ele direto ou indireto, com sangue, secreções, excreções e objetos visivelmente sujos com fluidos corporais. A composição nitrílica é indicada para profissionais de saúde que apresentam hipersensibilidade ao látex e por profissionais que irão atender pacientes que apresentam a mesma hipersensibilidade.<br>São insumos utilizados largamente em todos os níveis de atenção e a aquisição visa atender as demandas dos serviços da rede SES/DF. A ausência destes objetos acarretará prejuízo do atendimento ao usuário, redução da produtividade, comprometimento e, até mesmo, suspensão dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO (CA) | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE LUVA PARA PROCEDIMENTOS – NÃO ESTÉRIL | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto: _____ Lote: _____ Tamanho: _____<br>Especificação: ☐ Látex ☐ Nitrílica Nº de Amostras: _____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Identificação completa (fabricação, validade, Nº C.A., lote, quantidade) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Embalagem protege o produto, mantendo sua integridade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Permite seu empilhamento e transporte | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Abertura que permita a dispensação gradual do produto | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 100 unidades por caixa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa resistência ao calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de furos ou defeitos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem manchas ou sujidades | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Livre de odor ativo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Bom ajuste nas mãos e punho | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Indicado para proteção contra agentes biológicos, sangue e fluidos corporais | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1 – Látex* ☐ | | |
| | Produto ambidestro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Lubrificação com pó bioabsorvível, atóxico. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Pó lubrificante em excesso ou insuficiente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa integridade do látex | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Sem acúmulo de látex em determinados pontos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 – Nitrílica* ☐ | | |
| | Ausência de pó a base de amido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Antiderrapante permitindo a fácil execução da técnica de calçar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Boa sensibilidade táctil | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material compatível com solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação: _____ | | |
| | 4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 CAIXAS | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de | NÃO | | |

| | |
|---|---|
| aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | GSHMT/SULOG |

## GRUPO: ACUPUNTURA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,20 A 0,25MM X 13 A 15MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91054 | 378005 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para acupuntura descartavel tamanho 0,20 a 0,25mm x 13 a 15mm. Características adicionais: material aço inoxidável, tipo capilar cilíndrica (filiforme), dimensões de 0,20 a 0,25mm x 13 a 15mm, ponta cônica divulsionante, cabo em espiral banhado com prata ou cobre, com mandril plástico individual ou 1 para cada 10 agulhas. Esterilização: óxido de etileno ou raio gama. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Produto necessário e imprescindível para executar os procedimentos invasivos em tecidos corporais, característicos da especialidade acupunturiatria, atravessando pele, subcutâneo, fáscia e músculos, atingindo inervações específicas em profundidades variáveis, bem como perpassando compartimentos intrarticulares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de agulha de acupuntura**<br><br>**1.identificação do produto:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas: _____<br>Informar o número do registro anvisa:_____<br><br>**2.avaliação da embalagem:**<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Área de selagem adequada ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Possui registro da anvisa ( ) sim ( ) não<br><br>3.**avaliação da agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Possui ponta cônica divulsionante ( ) sim ( ) não<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem destacar o cabo do corpo da agulha ( ) sim ( ) não<br>Registro de ser de uso único ( ) sim ( ) não<br>Agulha isenta de aspereza que proporcione penetração suave ( ) sim ( ) não<br>Fácil deslizamento em tecidos corporais ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4. Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa:_____<br><br>**5.Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Acupunturiatria |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,25MM X 25 A 30MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91055 | 378432 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para acupuntura descartavel tamanho 0,25mm x 25 a 30mm. Características adicionais: material aço inoxidável, tipo capilar cilíndrica (filiforme), dimensões de 0,25mm x 25 a 30mm, ponta cônica divulsionante, cabo em espiral banhado com prata ou cobre, com mandril plástico individual ou 1 para cada 10 agulhas. Esterilização: óxido de etileno ou raio gama. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Produto necessário e imprescindível para executar os procedimentos invasivos em tecidos corporais, característicos da especialidade acupunturiatria, atravessando pele, subcutâneo, fáscia e músculos, atingindo inervações específicas em profundidades variáveis, bem como perpassando compartimentos intrarticulares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de agulha de acupuntura**<br><br>**1.identificação do produto:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas: _____<br>Informar o número do registro anvisa:_____<br><br>**2.avaliação da embalagem:**<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Área de selagem adequada ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Possui registro da anvisa ( ) sim ( ) não<br><br>3.**avaliação da agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Possui ponta cônica divulsionante ( ) sim ( ) não<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem destacar o cabo do corpo da agulha ( ) sim ( ) não<br>Registro de ser de uso único ( ) sim ( ) não<br>Agulha isenta de aspereza que proporcione penetração suave ( ) sim ( ) não<br>Fácil deslizamento em tecidos corporais ( ) sim ( ) não<br><br>**4. Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **5.identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Acupunturiatria |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,25X40MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91046 | 429284 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para acupuntura descartavel tamanho 0,25x40mm. Características adicionais: material aço inoxidável, tipo capilar cilíndrica (filiforme), ponta cônica divulsionante, cabo em espiral banhado com prata ou cobre, com mandril plástico individual ou 1 para cada 10 agulhas. Esterilização: óxido de etileno ou raio gama. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Produto necessário e imprescindível para executar os procedimentos invasivos em tecidos corporais, característicos da especialidade acupunturiatria, atravessando pele, subcutâneo, fáscia e músculos, atingindo inervações específicas em profundidades variáveis, bem como perpassando compartimentos intrarticulares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com a classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de agulha de acupuntura**<br><br>**1.identificação do produto:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas: _____<br>Informar o número do registro anvisa:_____<br><br>**2.avaliação da embalagem:**<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Área de selagem adequada ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Possui registro da anvisa ( ) sim ( ) não<br><br>3.**avaliação da agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Possui ponta cônica divulsionante ( ) sim ( ) não<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem destacar o cabo do corpo da agulha ( ) sim ( ) não<br>Registro de ser de uso único ( ) sim ( ) não<br>Agulha isenta de aspereza que proporcione penetração suave ( ) sim ( ) não<br>Fácil deslizamento em tecidos corporais ( ) sim ( ) não<br><br>**4. Parecer final:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa:_____<br><br>**5.identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Acupunturiatria |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | AGULHA PARA ACUPUNTURA DESCARTÁVEL TAMANHO 0,30X75MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91057 | 429285 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para acupuntura descartavel tamanho 0,30x75mm. Características adicionais: material aço inoxidável, tipo capilar cilíndrica (filiforme), ponta cônica divulsionante, cabo em espiral banhado com prata ou cobre, com mandril plástico individual ou 1 para cada 10 agulhas. Esterilização: óxido de etileno ou raio gama. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Produto necessário e imprescindível para executar os procedimentos invasivos em tecidos corporais, característicos da especialidade acupunturiatria, atravessando pele, subcutâneo, fáscia e músculos, atingindo inervações específicas em profundidades variáveis, bem como perpassando compartimentos intrarticulares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de agulha de acupuntura**<br><br>**1.identificação do produto:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas: _____<br>Informar o número do registro anvisa:_____<br><br>**2.avaliação da embalagem:**<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Área de selagem adequada ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Possui registro da anvisa ( ) sim ( ) não<br><br>3.**avaliação da agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Possui ponta cônica divulsionante ( ) sim ( ) não<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem destacar o cabo do corpo da agulha ( ) sim ( ) não<br>Registro de ser de uso único ( ) sim ( ) não<br>Agulha isenta de aspereza que proporcione penetração suave ( ) sim ( ) não<br>Fácil deslizamento em tecidos corporais ( ) sim ( ) não<br>**4. Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Justificativa:_____<br><br>**5.identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Acupunturiatria |

## GRUPO: ANESTESIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | Mandril para INTUBAÇÃO infantil | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 91178 | 452987 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Mandril para intubação infantil, confeccionado em metal de fácil manuseio, revestido. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Auxiliar na introdução da sonda em procedimentos de entubação para pacientes que necessitem com urgência de"ventilação pulmonar", pois sendo maleável é adequado ao formato e resistência necessários que venham a facilitar a passagem através do tubo endotraqueal. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Formulário para avaliação do material "guia (fio-guia) para intubação traqueal"**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Tipo ( ) adulto ( ) pediatrico<br>Número do registro da anvisa:_____<br><br>**2- Embalagem:**<br>Apresenta-se íntegra ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Mantém o material estéril ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de fabricação e validade visíveis ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Produto (fio guia):**<br>É maleável (flexível) ( ) sim ( ) não<br>Descartável ( ) sim ( ) não<br>Revestido ( ) sim ( ) não<br>Material de alumínio ( ) sim ( ) não<br>Possui o tamanho indicado na embalagem ( ) sim ( ) não<br><br>**4- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa: _____<br><br>**5- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>setor:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MANDRIL PARA INTUBAÇÃO ADULTO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 91179 | 452986 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Mandril para intubação adulto, confeccionado em metal de fácil manuseio, revestido. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Auxiliar na introdução da sonda em procedimentos de entubação para pacientes que necessitem com urgência de"ventilação pulmonar", pois sendo maleável é adequado ao formato e resistência necessários que venham a facilitar a passagem através do tubo endotraqueal. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Formulário para avaliação do material "guia (fio-guia) para intubação traqueal"**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Tipo ( ) adulto ( ) pediatrico<br>Número do registro da anvisa:_____<br><br>**2- Embalagem:**<br>Apresenta-se íntegra ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Mantém o material estéril ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de fabricação e validade visíveis ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Produto (fio guia):**<br>É maleável (flexível) ( ) sim ( ) não<br>Descartável ( ) sim ( ) não<br>Revestido ( ) sim ( ) não<br>Material de alumínio ( ) sim ( ) não<br>Possui o tamanho indicado na embalagem ( ) sim ( ) não<br><br>**4- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa: _____<br><br>**5- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>setor:_____<br>Data:_____/_____/_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF P.V.C. 3,5MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 2447 | 451299 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal com cuff p.v.c. 3,5mm tubo endotraqueal | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |

Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja

**Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**

**1- Classificação do material:**
Marca do produto:_____
Lote:_____
Quantidade de amostras recebidas:_____
Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff
Número de registro da anvisa:_____

**2. Avaliação do material:**
2.1- Avaliação da embalagem Data de fabricação ( ) sim ( ) não
Data de esterilização ( ) sim ( ) não
Data de validade ( ) sim ( ) não
Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não
Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não
Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não
Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não

**2.2- Avaliação do produto:**
**2.2.1 -Tubo:**
Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não
Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não
Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não
Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não
Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não
Apresenta transparência ( ) sim ( ) não Possui saliências ( ) sim ( ) não
Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não
Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não
Linha radiopaca visível em toda a extensão (.) Sim ( ) não
Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não

**2.2.2 -Conectores:**

| | |
|---|---|
| | Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3 -Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF P.V.C. 4,0MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 2448 | 451216 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal com cuff p.v.c. 4,0mm | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>2.1- Avaliação da embalagem Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>**2.21-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão (.) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( )não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( )não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF P.V.C. 4,5MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 2449 | 451210 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal com cuff p.v.c. 4,5mm | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>2.1- Avaliação da embalagem Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão (.) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br>**2.2.2-Conectores:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 4,0MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92058 | 451272 | - | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 4,0MM |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão (.) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não |

| | |
|---|---|
| | **2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 5,0MM N.22 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92052 | 451270 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal sem cuff p.v.c. 5,0mm n.22 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão (.) Sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. 6,0MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92064 | 451203 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal sem cuff p.v.c. 6,0mm | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 2,5MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92055 | 451193 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal sem cuff p.v.c. extra-flexivel 2,5mm | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM – UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 3,0MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92056 | 451191 | - | x | x | X | X | - |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal sem cuff p.v.c. extra-flexivel 3,0mm | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( )não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( )não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( )não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 3,5MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92057 | 451197 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 3,5MM | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( )não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF P.V.C. EXTRA-FLEXIVEL 4,5MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92059 | 451192 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal sem cuff p.v.c. extra-flexivel 4,5mm | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( )não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5,5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92030 | 451304 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 5,5, aplicação oral, características adicionais: curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( )não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( )não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5.0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92029 | 451298 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 5.0, aplicação oral, características adicionais curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>**Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6,5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92032 | 451308 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 6,5, aplicação oral, características adicionais curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não Apresenta<br>vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( )não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6.0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré -hospitalar |
| 92031 | 451305 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 6.0, aplicação oral, características adicionais curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>**Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7,5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 92034 | 451296 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 7,5, aplicação oral, características adicionais curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff<br><br>1- Classificação do material:<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2. Avaliação do material:<br>2.1-Avaliação da embalagem Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br>2.2-Avaliação do produto:<br>2.2.1-Tubo:<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br>2.2.2-Conectores:<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7.0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 92033 | 451303 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 7.0, aplicação oral, características adicionais curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>**Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8,5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 92036 | 451302 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endobronqueal, material pvc, tamanho 35 direito, esterilidade estéril, tipo lúmen duplo (bronqueal e traqueal), utilização descartável, aplicação intubação seletiva, dois balões de alto volume ebaixa pressão, válvula unidirecional, sem gancho carineal, características adicionais controles valvulados de cores correspondentes diferentes, acessórios c/adaptadores, mandril,radiopaco,sonda de aspiração, embalagem individual | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem** Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não<br>**Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não**<br><br>**2.2.2-Conectores:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):**<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>justificativa: _____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricantes |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | TUBO ENDOTRAQUEAL, MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8.0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 92035 | 451310 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Tubo endotraqueal, material pvc siliconizado atóxico, tamanho 8.0, aplicação oral, características adicionais: curva pré-formada, tipo conector adaptável,superfície lisa, transmitância linha radiopaca de ponta a ponta, componentes balão de alto volume e baixa pressão, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Um tubo endotraqueal é um tubo de plástico flexível que é colocado na traquéia para controlar a ventilação do paciente. Sua utilização visa o controle seguro das vias aéreas durante a anestesia geral, permitindo a oferta de oxigênio e gases anestésicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Laringoscópio, eventualmente pinça de Maguil. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de tubo endotraqueal com e sem cuff**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Material solicitado ( ) com ( ) sem cuff<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem**<br>Data de fabricação ( ) sim ( )<br>não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( )<br>não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não Embalagem íntegra ( ) Sim ( ) não<br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( )<br>não Apresenta curva pré-formada ( ) sim ( ) não<br>Confere superfície lisa ( ) sim ( ) não<br>Possui espessura uniforme ( ) sim ( ) não<br>Apresenta transparência ( ) sim ( ) não<br>Possui saliências ( ) sim ( ) não<br>Apresenta memória de dobra ( ) sim ( )<br>não Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) Sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta Ponta atraumática ( ) Sim ( ) não<br><br>2.2.2-Conectores:<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) sim ( ) não<br>Está bem fixado ao tubo ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) sim ( ) não<br><br>2.2.3-Balão ( nos casos do tubo solicitado ser com balonte = cuff):<br>Infla com facilidade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta rebarbas ( ) sim ( ) não<br>Apresenta vazamento de ar ( ) sim ( ) não<br>Confere volume conforme descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>3- Parecer final:<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não justificativa: _____<br><br>4- Identificação da unidade parecerista:<br>Hospital:_____ _____<br>Setor:_____ _____<br>Data:_____/_____/ _____<br>Nome:_____ _____<br>Assinatura/ carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA ANESTÉSICA, APLICAÇÃO PARA RAQUIDIANA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, DIMENSÃO 25G X 3 1/2' (90MM OU 9CM) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91036 | 389218 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Agulha anestésica, aplicação para raquidiana, material aço inoxidável, dimensão 25g x 3 1/2' (90mm ou 9cm) tipo ponta quincke, componente com mandril, conector universal conector luer lock , cônico e transparente, tipo uso descartável, esterilidade estéril, embalagem individual. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Material de uso rotineiro e indispensável para realização do bloqueio anestésico subaracnoídeo. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha anestésica para raquidiana**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas: _____<br>Número do registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Data de esterilização ( ) sim ( ) não<br>Data de validade ( ) sim ( ) não<br>Delaminação na abertura ( ) sim ( ) não<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Suficiente área de selagem ( ) sim ( ) não<br>Embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>**2.2.1-Agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) sim ( ) não<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) sim ( ) não<br>Apresenta conector luer-lock ( ) sim ( ) não<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) sim ( ) não Possui ponta cortante com bisel tipo quincke ( ) sim ( ) não<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) sim ( ) não<br>Encaixe canhão/ mandril orienta posicionamento adequado do bisel ( ) sim ( ) não<br>Mandril ajustado à agulha ( ) sim ( ) não<br>Mandril permanece fixo evitando deslocamento durante a punção ( ) sim ( ) não<br>Canhão translúcido que proporciona rápida visualização do líquor ( ) sim ( ) não<br>Apresenta permeabilidade ( ) sim ( ) não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) sim ( ) não<br>Superfície lisa e uniforme ( ) sim ( ) não<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa:_____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA ANESTÉSICA PARA ELETROESTIMULAÇAO 22G X 50MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 25353 | 390226 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha anestésica para eletroestimulação. Aplicação: realização de bloqueio de nervo periférico com eletroestimulação. Material: cânula em aço inox revestida de teflon. Tamanho/capacidade: 22g x 50mm. Características adicionais: bisel curto (30°), com tubo de injeção de 35 cm de comprimento; ponta tipo quincke; cabo eletrodo com encaixe perfeito; estéril; descartável. Forma de apresentação: embalagem individual em papel cirurgico de alto grau. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realizar anestesia de nervos periféricos | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | A realização do bloqueio de nervos ou plexo é realizada com maior precisão e segurança se guiada por ultrassom e/ou estimulação dos nervos realizada por estimulador de nervos. Esses dois recursos podem ser usados juntos ou individualmente a depender da experiência do anestesiologista. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha para eletroestimulação**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha Apresenta-se íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta conector Luer-lock em uma das extensões ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui ponta cortante com bisel 30° ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha revestida de material plástico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Extensão para ligação ao neuroestimulador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Demarcação em centrímetros bem visível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3-Parecer final:**<br><br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL, 16G 3 1/2´ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 91041 | 390121 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para anestesia peridural, epidural ou caudal, 18g 3 1/2', bisel tipo tuohy, marcação em cm para controle da profundidade, comprimento 80 a 89 mm ( 8 a 8,9cm), empunhadura anatômica, canhão transparente, embalagem individual, papel grau cirúrgico | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realizar anestesia peridural | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | A seringa para identificação do espaço epidural por perda de resistência, de vidro ou descartável. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha de peridural**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Calibre:_____<br>Número de registro da ANVISA: _____<br><br>**2-Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br><br>**2.2.1 -Agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta conector Luer-lock ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui ponta cortante com bisel tipo Touhy ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Encaixe canhão/ mandril orienta posicionamento adequado do bisel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril ajustado à agulha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril permanece fixo evitando deslocamento durante a punção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Canhão translúcido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Demarcação em centrímetros bem visível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do item |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL, 18G 3 1/2´ , BISEL TIPO TUOHY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91043 | 390124 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para anestesia peridural, epidural ou caudal, 18g 3 1/2', bisel tipo tuohy, marcação em cm para controle da profundidade, comprimento 80 a 89 mm ( 8 a 8,9cm), empunhadura anatômica, canhão transparente, embalagem individual, papel grau cirúrgico. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realizar anestesia peridural | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | A seringa para identificação do espaço epidural por perda de resistência, de vidro ou descartável. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha de peridural**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Calibre:_____<br>Número de registro da ANVISA: _____<br><br>**2-Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br><br>**2.2.1 -Agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta conector Luer-lock ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui ponta cortante com bisel tipo Touhy ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Encaixe canhão/ mandril orienta posicionamento adequado do bisel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril ajustado à agulha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril permanece fixo evitando deslocamento durante a punção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Canhão translúcido ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Demarcação em centrímetros bem visível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | CATÉTER PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL CONTÍNUA 16G | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 92122 | 455931 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Catéter para anestesia peridural, epidural ou caudal contínua 16g, em poliamida, radiopaco, comprimento 1.0m, dispositivo facilitador para introdução do catéter, ponta 3 orifício laterais, conexão luer lock, descartável, embalagem individual, papel grau cirúrgico. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realizar anestesia peridural contínua | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Apenas da agulha 16G Tuohy peridural e da seringa usada para identificar o espaço epidural pela técnica da perda de resistência | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha de peridural**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Calibre:_____<br>Número de registro da ANVISA: _____<br><br>**2-Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br><br>**2.2.1 -Agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta conector Luer-lock ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Encaixe canhão/ mandril orienta posicionamento adequado do bisel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril ajustado à agulha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril permanece fixo evitando deslocamento durante a punção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Canhão translúcido ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Demarcação em centrímetros bem visível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do item |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | MASCARA LARÍNGEA Nº 1.5 (05KG A 10KG) ´DESCARTÁVEL´, EM PVC TRANSPARENTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 202162 | 451080 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Mascara laríngea nº 1.5 (05kg a 10kg) "descartável", em pvc transparente, livre de látex, com tubo liso e flexível com indicação de peso do paciente, tamanho e volume de preenchimento do cuff, destacados com tinta indelével na parte proximal da mascara. Via de inflar proximal inserida paralelamente a parede do tubo, com cuff de baixa fricção, flexível e suave, embalada individualmente, estéril em oxido de etileno. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal, dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção. Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofagiano superior. É um dispositivo orofaríngeo tubular que se inicia em um conector padrão de 15 mm e termina em um coxim inflável, concebido para promover vedação hermética à volta da entrada laríngea. Possui balão piloto desse dispositivo inflável. Pode representar uma opção salvadora no manejo de uma via aérea difícil evitando procedimentos mais invasivos como cricostomia ou traqueostomia em alguns pacientes. Também pode constituir uma via aérea seguar para procedimentos curtos mas que necessitam de controle da ventilação como anestesia para exames (ressonânccia e tomografia) e procedimentos como radioterapia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de máscara laríngea**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Máscara:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta memória de dobra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO Coxim<br>uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui molde para sustentação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3-Coxim:**<br>Infla com facilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suporta volume conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Infla<br>com regularidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | MASCARA LARÍNGEA Nº2(10KG A 20KG) DESCARTÁVEL,EM PVC TRANSPARENTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 202161 | 451077 | - | X | X | X | - | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Mascara laríngea nº2(10kg a 20kg) descartável,em pvc transparente, livre de látex, com tubo liso e flexível com indicação de peso do paciente, tamanho e volume de preenchimento do cuff, destacados com tinta indelével na parte proximal da mascara. Via de inflar proximal inserida paralelamente a parede do tubo, com cuff de baixa fricção, flexível e suave, embalada individualmente, estéril em oxido de etileno. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal., dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção. Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofagiano superior. É um dispositivo orofaríngeo tubular que se inicia em um conector padrão de 15 mm e termina em um coxim inflável, concebido para promover vedação hermética à volta da entrada laríngea. Possui balão piloto desse dispositivo inflável. Pode representar uma opção salvadora no manejo de uma via aérea difícil evitando procedimentos mais invasivos como cricostomia ou traqueostomia em alguns pacientes. Também pode constituir uma via aérea seguar para procedimentos curtos mas que necessitam de controle da ventilação como anestesia para<br>Exames (ressonânccia e tomografia) e procedimentos como radioterapia. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de máscara laríngea**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Máscara:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta memória de dobra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO Coxim uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui molde para sustentação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3-Coxim:**<br>Infla com facilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suporta volume conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Infla com regularidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do item |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | MASCARA LARÍNGEA Nº2.5(20KG A 30KG) ´DESCARTÁVEL´,EM PVC TRANSPARENTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 202163 | 451075 | - | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Mascara laríngea nº2.5(20kg a 30kg) "descartável",em pvc transparente, livre de látex, com tubo liso e flexível com indicação de peso do paciente, tamanho e volume de preenchimento do cuff, destacados com tinta indelével na parte proximal da mascara. Via de inflar proximal inserida paralelamente a parede do tubo, com cuff de baixa fricção, flexível e suave, embalada individualmente, estéril em oxido de etileno. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal., dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção. Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofagiano superior. É um dispositivo orofaríngeo tubular que se inicia em um conector padrão de 15 mm e termina em um coxim inflável, concebido para promover vedação hermética à volta da entrada laríngea. Possui balão piloto desse dispositivo inflável. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de máscara laríngea**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Máscara:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta memória de dobra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO Coxim uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui molde para sustentação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3-Coxim:**<br>Infla com facilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suporta volume conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Infla com regularidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto,caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | MASCARA LARÍNGEA Nº3(30KG A 50KG) ´DESCARTÁVEL´,EM PVC TRANSPARENTE, LIVRE DE LÁTEX, COM TUBO LISO E FLEXÍVEL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 202160 | 451142 | - | X | X | X | - | X |
| Descrição Completa | Mascara laríngea nº3(30kg a 50kg) "descartável",em pvc transparente, livre de látex, com tubo liso e flexível com indicação de peso do paciente, tamanho e volume de preenchimento do cuff, destacados com tinta indelével na parte proximal da mascara. Via de inflar proximal inserida paralelamente a parede do tubo, com cuff de baixa fricção, flexível e suave, embalada individualmente, estéril em oxido de etileno. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal., dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção. Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofagiano superior. É um dispositivo orofaríngeo tubular que se inicia em um conector padrão de 15 mm e termina em um coxim inflável, concebido para promover vedação<br>Hermética à volta da entrada laríngea. Possui balão piloto desse dispositivo inflável. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de máscara laríngea**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Máscara:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta memória de dobra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO Coxim uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui molde para sustentação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3-Coxim:**<br>Infla com facilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suporta volume conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Infla com regularidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | MASCARA LARÍNGEA Nº4 (50KG A 70KG) DESCARTÁVEL, EM PVC TRANSPARENTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 202158 | 451137 | - | X | X | X | - | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Mascara laríngea nº4 (50kg a 70kg) descartável, em PVC transparente, livre de látex, com tubo liso e flexível com indicação de peso do paciente, tamanho e volume de preenchimento do cuff, destacados com tinta indelével na parte proximal da mascara. Via de inflar proximal inserida paralelamente a parede do tubo, com cuff de baixa fricção, flexível e suave, embalada individualmente, estéril em oxido de etileno. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal., dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção. Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofagiano superior. É um dispositivo orofaríngeo tubular que se inicia em um conector padrão de 15 mm e termina em um coxim inflável, concebido para promover vedação hermética à volta da entrada laríngea. Possui balão piloto desse dispositivo inflável. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de máscara laríngea**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Máscara:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta memória de dobra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO Coxim uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui molde para sustentação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3-Coxim:**<br>Infla com facilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suporta volume conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Infla com regularidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | MASCARA LARÍNGEA Nº5(70KG A 100KG) DESCARTÁVEL, EM PVC TRANSPARENTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 202159 | 451141 | - | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Mascara laríngea nº5(70kg a 100kg) descartável, em pvc transparente, livre de látex, com tubo liso e flexível com indicação de peso do paciente, tamanho e volume de preenchimento do cuff, destacados com tinta indelével na parte proximal da mascara. Via de inflar proximal inserida paralelamente a parede do tubo, com cuff de baixa Fficção, flexível e suave, embalada individualmente, estéril em oxido de etileno. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal., dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção.<br>Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofagiano superior. É um dispositivo orofaríngeo tubular que se inicia em um conector padrão de 15 mm e termina em um coxim inflável, concebido para promover vedação hermética à volta da entrada laríngea. Possui balão piloto desse dispositivo inflável. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de máscara laríngea**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Máscara:** |

| | |
|---|---|
| | Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta memória de dobra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO Coxim<br>uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui molde para sustentação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2-Conectores:**<br>Conector universal em sua extremidade proximal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Está bem fixado ao tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa adaptação à traqueia do respirador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar na conexão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3-Coxim:**<br>Infla com facilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta vazamento de ar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suporta volume conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Infla<br>com regularidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SERINGA PERDA DE RESISTENCIA PARA ANESTESIA PERIDURAL/EPIDURAL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 35896 | 439620 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Seringa perda de resistência para anestesia peridural/epidural. Seringa plástica descartável, estéril, com 7 ou 10 ml, com baixa fricção, cilindro graduado, bico tipo luer slip ou luer lock. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Utilizada para identificação do espaço epidural e consequente realização do bloqueio epidural. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de seringa de perda de resistência para realização de bloqueio epidural/peridural**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-Avaliação do material:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem**:<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:** Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta conector Luer-lock ou luer slip ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a agulha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalada individualmente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Êmbolo desliza suavemente ( ) SIM ( ) NÃO Esterilização em óxido de etileno ( ) SIM ( ) NÃO<br>Corpo do cilindro em polipropileno e pistón látex free ( ) SIM ( ) NÃO<br>Marcas de graduação no corpo da seringa ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- **Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do item |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | SENSOR PARA MONITORAR ATIVIDADE CEREBRAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 35497 | 456172 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Sensor adesivo adulto unilateral ou bilateral, com eletrodos ativos,sendo um eletrodo de referência e um eletrodo de aterramento que captam canais simultâneos de eeg para monitorização do nível de consciência. **(MATERIAL EM FASE DE DESPADRONIZAÇÃO, SUBSTUÍDO PELO CÓDIGO SES 37567)** |
| Informação extra para justificativa da contratação | Uso para monitorização do nivel de consiência. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | O sensor adquirido deve ser usado em monitor fornecido pela empresa ganhadora da licitação, na quantidade estipulada. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de sensor para monitorar a atividade cerebral**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número do registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto – ELETRODO:**<br>Apresenta todos os componentes íntegros ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com os equipamentos fornecido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Adaptação perfeita ao aparelho ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona funcionamento correto do monitor ( ) SIM () NÃO<br>Eletrodos com espuma lubrificada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Sensor com boa adesividade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material resistente à tração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação clara dos eletrodos e posicionamento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3-Avaliação do aparelho – MONITOR DA CONSCIÊNCIA**<br>Aparelho fornecido em comodato pela empresa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de monitores fornecidos compatível a quantidade de eletrodos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Empresa compromete-se a dar manutenção preventiva e corretiva ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | **3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:<br><br>**4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | SENSOR PARA MONITORAR ATIVIDADE CEREBRAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 37567 | 456172 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SENSOR PARA MONITORAR ATIVIDADE CEREBRAL. Aplicação (finalidade): monitorização nível de consciência em anestesia. Composição: polímero com gel, modelo de testa, componentes com 4 eletrodos. Tamanho/capacidade: tamanho adulto. Características adicionais: tipo de fixação adesivo. Grau de esterilidade: uso único, descartável. Apresentação: embalagem individual acondicionadas em caixas com número de unidades conforme fabricante. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Uso para monitorização do nivel de consiência. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | O sensor adquirido deve ser usado em monitor fornecido pela empresa ganhadora da licitação, na quantidade estipulada. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de sensor para monitorar a atividade cerebral**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número do registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto – ELETRODO:**<br>Apresenta todos os componentes íntegros ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com os equipamentos fornecido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Adaptação perfeita ao aparelho ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona funcionamento correto do monitor ( ) SIM () NÃO<br>Eletrodos com espuma lubrificada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Sensor com boa adesividade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material resistente à tração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação clara dos eletrodos e posicionamento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3-Avaliação do aparelho – MONITOR DA CONSCIÊNCIA**<br>Aparelho fornecido em comodato pela empresa ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Quantidade de monitores fornecidos compatível a quantidade de eletrodos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Empresa compromete-se a dar manutenção preventiva e corretiva ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>**ASSINATURA/ CARIMBO/ MATRÍCULA** |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | FILTRO VENTILAÇÃO MECÂNICA, TAMANHO NEONATAL , TIPO HIGROSCÓPICO, BACTERIOSTÁTICO,BACTERIANO/VIRAL EMBALAGEM INDIVIDUAL, USO DESCARTÁVEL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 35937 | 325938 | - | - | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Filtro ventilação mecânica , esterilidade estéril, aplicação: auto umidificador, para circuito de respirador mec. Características adicionais: espaço morto máximo de 2-2,4 ml, tipo higroscópico, bacteriostático, bacteriano/viral, tipo embalagem: individual em papel grau cirúrgico/filme, uso descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Redução da incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação filtro ventilação mecânica, tamanho neonatal, tipo higroscópico, bacteriostático,bacteriano/viral embalagem individual, uso descartável**<br><br>**1-Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número do registro da ANVISA:_____<br><br>**2- Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra (papel grau cirúrgico) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>**2.2.1-Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>É leve ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com o tubo orotraqueal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com o circuito do ventilador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta baixa resistência ao fluxo de gases ( ) SIM ( ) NÃO Permite volume corrente 5-50ml ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície interna lisa e sem imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Espaço morto morto mínimo (2-2,4ml) ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3-Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:<br><br>**4-identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do item |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO ADULTO, ESTÉRIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91204 | 292134 | | X (COVID) | | X | X | |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO ADULTO, ESTÉRIL. Aplicação: para retenção de vírus/bactérias. Características Adicionais: cápsula de plástico rígido transparente, auto-umidificadores para adaptação circuito de traquéia AVPM com boa conectividade ao tubo/cânula, 2 membranas diferenciadas, descartável, compatibilidade saída capnografia, volume corrente de 150 a 1000ml, componente tubo extensor corrugado flexível, conexão universal. Unidade De Estoque: unidade. Código SES: 091204. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do ambiente normal (21%) com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e consequentemente promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.<br>No que concerne a variação de administração de oxigênio, pode-se classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas, moderadas ou altas de oxigênio. Para isso, é extremamente importante eleger um dispositivo adequado às necessidades do paciente assistido. A escolha do tipo de sistema que fornecerá o oxigênio suplementar depende do grau de gravidade da hipóxia e do nível de oxigênio necessário para resolução do desconforto do paciente. A eficácia do tratamento está relacionada ao ajuste adequado do dispositivo escolhido à anatomia do paciente.<br>Portanto é indispensável à aquisição de diferentes tamanhos para atender aos diferentes perfis de usuários.<br>FILTROS DE BARREIRA HIDRÓFOBOS – São utilizados para filtração de vírus/bactérias em pacientes que estejam em ventilação mecânica, adaptado entre o tubo endotraqueal e o circuito de ventilação. A barreira hidrófoba tem a finalidade de filtrar os gases, retendo partículas de umidade, bactérias e vírus. Dessa forma, age impedindo que agentes contaminantes cheguem ao paciente ou ao interior do ventilador mecânico.<br>Os filtros de barreira hidrófobos são utilizados principalmente em UTI e salas de emergência de unidades hospitalares. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | <u>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FILTRO COM BARREIRA HIDRÓFOBA ADULTO</u><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____Nº de amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2.1- Embalagem:** | | |
| | Individual e oferece proteção ao produto e assegura esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona abertura adequada em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de validade e esterilização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Cápsula de plástico rígido e transparente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Saída compatível para capnografia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa conectividade ao circuito/tubo ou cânula | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Acompanha extensor flexível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Desenvolvido para volume corrente de 150 a 1000ml | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa durabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece umidificação adequada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | TEMPO MÉDIO DA TROCA DO PRODUTO:_____ | | |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |
| **Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras** | 4 UNIDADES | | |
| **Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central** | Farmácia | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | Não | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | dienf.sais@saude.df.gov.br | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | Anestesiologia | | |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Descrição Resumida | FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO PARA RETENÇÃO DE VÍRUS/BACTERIA AUTO UMIDIFICADORES PARA ADAPTAÇÃO CIRCUITO TRAQUEIA AVPM PEDIÁTRICO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 91205 | 302675 | - | X (COVID) | - | X | X | X |
| Descrição Completa | Filtro hidrófobo pediátrico, espaço morto máx 13 -26ml com a traquéia acoplada, estéril, livre de látex, com entrada para capnometria, leve. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Redução da incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação filtro ventilação mecânica pediátrico ou adulto tipo higroscópico, bacteriostático,bacteriano/viral embalagem individual, uso descartável**<br><br>**1- Classificação do material**:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Tamanho ( ) pediátrico ( ) adulto<br>Número do Registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da Embalagem**<br>**:**Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade (3 anos) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra (papel grau cirúrgico) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>**2.2.1 – Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>É leve ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com o tubo orotraqueal ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com o circuito do ventilador ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta baixa resistência ao fluxo de gases ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite volume corrente adequado ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície interna lisa e sem imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Espaço morto morto mínimo adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Vem com a traquéia associada (extensora) ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**3- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade<br>. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | GUIA PARA INTUBAÇÃO TIPO BOUGIE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37015 | 452988 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Guia para intubação traqueal modelo tipo Bougie. Aplicação (finalidade): auxílio na intubação orotraqueal de difícil visualização à laringoscopia direta. Composição: material haste: polímero. Tamanho/Capacidade: Adulto (comprimento 70cm, diâmetro 5mm), compatível com tubos traqueais 5,5 a 10mm. Características adicionais: segmento distal angulado, com marca visual indicativa em seu ponto de deflexão; haste com escala graduada; pontas arredondadas e atraumáticas; isento de látex. Processo de Esterilização Estéril, descartável. Embalagem individual, estéril, apresentação em caixas fechadas. Prazo de validade 75% do prazo total de validade do produto. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Auxílio na intubação orotraqueal de difícil visualização à laringoscopia direta. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Formulário para avaliação do material "guia para intubação tipo bougie"**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Tipo ( ) adulto ( ) pediatrico<br>Número do registro da anvisa:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mantém o material estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Tamanho compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Segmento distal angulado, com marca visual indicativa em seu ponto de deflexão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste com escala graduada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Pontas arredondadas e atraumáticas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Isento de látex ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo da SES-DF ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na ses? ( ) sim ( ) não<br>Justificativa: _____<br><br>**5- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 25 G X 4 3/4 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 36645 | 389231 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha anestésica, aplicação para raquidiana, material aço inoxidável, dimensão 25 g x 4 3/4´, tipo ponta ponta quincke, componente com mandril, conector universal conector luerlock, cônico e transparente, característica adicional para obesos, tipo uso descartável, esterilidade estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Material de uso rotineiro e indispensável para a realização do bloqueio anestésio subaracnoídeo. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha anestésica para raquidiana**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área deselagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1 – Agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta conector Luer-lock ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui ponta cortante com bisel tipo Quincke ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Encaixe canhão/ mandril orienta posicionamento adequado do bisel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril ajustado à agulha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril permanece fixo evitando deslocamento durantea punção ( )SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Canhão translúcido que proporciona rápida visualização do líquor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( )NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**5- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**6- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | CAL SODADA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37737 | 301510 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | CAL SODADA, Absorvedor de CO2. Utilizado em circuito respiratório de aparelhos de anestesia. Uso exclusivo em anestesia. Composição: 97% de hidróxido de cálcio, 3% de hidróxido de sódio, 0,03% de indicador de cor e 13 a 17 % de água. Apresentado na forma de filamento poroso de 3 mm de diâmetro. Embalagem de 5 litros (4,5 KG). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Sua principal função é de absorção de CO2. No aparelho de anestesia a cal sodada é colocada no "canister" para manter sistema fechado, a fim de permitir a absorção de CO2 durante a anestesia geral, e sua re-inalação pelo paciente. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KG - KILOGRAMA | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Aparelho de Anestesia (já disponível na SES/DF). | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cal soldada**<br><br>**1. Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de amostras recebidas:_____<br>Número do registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>Composisção de hiróxido de sódio 80% ( )sim ( )não<br>Marcador violeta de etila ( )sim ( )não<br>Grânulos uniformes ( )sim ( )não<br>Capacidade de absorção-26 litros L/100g ( )sim ( )não<br>Grânulos estáveis – sem produção de muito resíduo à manipulação ( )sim ( )não<br>Peso do produto confere com a embalagem ( )sim ( )não<br>Embalagem contém lacre inviolável ( )sim ( )não<br><br>**3. Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4. Identificação do Parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor: _____<br>Data: _____<br>Nome: _____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Assinatura / Carimbo |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA ANESTÉSICA APLICAÇÃO DE ANESTESIA RAQUIDIANA, DIMENSÃO 27G X 3 1/2, TIPO PONTA DE LÁPIS, COM INTRODUTOR 22 OU 23G X 1 1/4, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 35897 | 388562 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha anestésica aplicação: anestesia raquidiana, material a aço inoxidável, dimensão 27g x 3 1/2´, tipo ponta de lápis, isento de corte, com orifício lateral, com introdutor 22 ou 23g x 1 1/4´, conector universal conector luer lock, com visor transparente com tampa, tipo uso descartável, esterelidade estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Material de uso rotineiro e indispensável para a realização do bloqueio anestésico subaracnóideo. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha anestésica para raquidiana**<br><br>**1- Classificação do material:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. Avaliação do material:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área deselagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1 – Agulha:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta conector Luer-lock ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui ponta de lápis ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril permanece fixo evitando deslocamento durante a punção ( )SIM ( )NÃO<br>Canhão translúcido que proporciona rápida visualização do líquor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( )NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**5- Parecer final:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**6- Identificação da unidade parecerista:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

| Descrição Resumida | AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL, EPIDURAL OU CAUDAL, 17G 3 1/2´ , BISEL TIPO TUOHY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91042 | 390122 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Agulha para anestesia peridural, epidural ou caudal, 17g 3 1/2' , bisel tipo tuohy, marcação em cm para controle de profundidade, comprimento 8.1cm, empunhadura anatômica, canhão transparente, embalagem individual, papel grau cirúrgico. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Material de uso rotineiro e indispensável para a realização do bloqueio anestésico subaracnóideo. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de agulha anestesia peridural, epidural ou caudal, 17g 3 1/2´ , bisel tipo tuohy**<br><br>1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:<br>2.2.1 – Agulha:<br>Apresenta-seíntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatívelao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta calibre compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa conexão com a seringa sem vazamentos durante a injeção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui ponta cortante com bisel tipo tuohy ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bisel sem rebarbas ou imperfeições ( ) SIM ( ) NÃO<br>Encaixe canhão/ mandril orienta posicionamento adequado do bisel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mandril ajustado à agulha ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Mandril permanece fixo evitando deslocamento durante a punção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Canhão translúcido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta permeabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa penetração nos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor: _____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA / CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Anestesiologia |

## GRUPO: CIRUGIA GERAL

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 5026 | 417242 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL, material: gelatina purificada, 8cm de comprimento e 12,5cm de largura, estéril, espessura 10mm, tipo dobrável, características adicionais: absorvível, porosa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Hemostasia | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE HEMOSTÁTICO<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO Absorvível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Medidas conforme o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Composição conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Adaptável à ferida ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____ Setor: _____ Data:__ _____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL DE BASE VEGETAL EM MALHA ENTRELAÇADA DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA, 1,3 X 5,1 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 31574 | 431250 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Hemostático absorvível de base vegetal em malha entrelaçada de celulose oxidada regenerada, em tecido flexível, fino, resistente e maleável, com absorção completa entre 7 a 14 dias, com propriedades bactericidas e compatibilidade endoscópica. Hemostasia rápida e eficaz, não aderente a luvas e instrumentais. Tamanho: 1,3 x 5,1 cm. Esteril. Pronto para uso. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Hemostasia | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE HEMOSTÁTICO<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO Absorvível ( )<br>SIM ( ) NÃO<br>Medidas conforme o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Composição conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Adaptável à ferida ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL DE BASE VEGETAL EM MALHA ENTRELAÇADA DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA, 10,2 X 20,3 CM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 31575 | 431225 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Hemostático absorvível de base vegetal em malha entrelaçada de celulose oxidada regenerada, em tecido flexível, fino, resistente e maleável, com absorção completa entre 7 a 14 dias, com propriedades bactericidas e compatibilidade endoscópica. Hemostasia rápida e eficaz, não aderente a luvas e instrumentais. Tamanho: 10,2 x 20,3 cm. Esteril. Pronto para uso. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Hemostasia | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE HEMOSTÁTICO<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO Absorvível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Medidas conforme o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Composição conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Adaptável à ferida ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 24 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 25175 | 284077 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Conjunto para drenagem mediastinal nº 24; capacidade do frasco reservatório 2.000 ml; contendo: 1 dreno de torax em pvc atóxico, transparente, flexível, multiperfurado, radiopaco, graduação centimetrada e identificação do calibre; 1 conector de cor translúcida tipo luer com calibre igual ao dreno, 1 tubo extensor em pvc atóxico, flexível, transparente, com no mínimo 120 cm de comprimento e pinça corta fluxo; 1 frasco reservatório, rigido. Transparente, graduado, com tampa de vedação com 3 vias, respiro, filtro e com rosca total em elemento único e alçao de transporte, capacidade de 2.000 ml, embalagem estéril em papel grau cirúrgico com abertura em petala, com dados de identificação, tipo de esterilização, prazo de validade e número de lote. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Conjunto para drenagem de tórax para pneumotórax, hemotórax, empiemas e pós cirurgias toracicas e mediastinais. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL<br><br>1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA da amostra:_____<br><br>2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1.-Avaliação da embalagem:<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.-Avaliação do Produto:<br>2.2.1.-Tubo:<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3.- Sistema coletor:**<br>Frasco transparente ( ) SIM ( ) NÃO Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3.- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4.- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 28 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média compelxidade | Pré - hospitalar |
| 25176 | 272774 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Conjunto para drenagem mediastinal nº 28; capacidade do frasco reservatório 2.000 ml; contendo: 1 dreno de torax em pvc atóxico, transparente, flexível, multiperfurado, radiopaco; 1 conector de cor translúcida tipo luer com calibre igual ao dreno, 1 tubo extensor em pvc atóxico, flexível, transparente, com no mínimo 120 cm de comprimento e pinça corta fluxo; 1 frasco reservatório, rigido. Transparente, graduado, com tampa de vedação com 3 vias, respiro, filtro e com rosca total em elemento único e alçao de transporte, capacidade de 2.000 ml, embalagem estéril em papel grau cirúrgico com abertura em petala, com dados de identificação, tipo de esterilização, prazo de validade e número de lote. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Conjunto para drenagem de tórax para pneumotórax, hemotórax, empiemas e pós cirurgias toracicas e mediastinais. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA da amostra:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1.-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3.- Sistema coletor:**<br>Frasco transparente ( ) SIM ( ) NÃO Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3.- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4.- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 32 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 25178 | 278479 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Conjunto para drenagem mediastinal nº 32; capacidade do frasco reservatório 2.000 ml; contendo: 1 dreno de torax em pvc atóxico, transparente, flexível, multiperfurado, radiopaco, graduação centimetrada e identificação do calibre; 1 conector de cor translúcida tipo luer com calibre igual ao dreno, 1 tubo extensor em pvc atóxico, flexível, transparente, com no mínimo 120 cm de comprimento e pinça corta fluxo; 1 frasco reservatório, rigido. Transparente, graduado, com tampa de vedação com 3 vias, respiro, filtro e com rosca total em elemento único e alça de transporte, capacidade de 2.000 ml, embalagem estéril em papel grau cirúrgico com abertura em petala, com dados de identificação, tipo de esterilização, prazo de validade e número de lote. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Conjunto para drenagem de tórax para pneumotórax, hemotórax, empiemas e pós cirurgias toracicas e mediastinais. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL<br><br>1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA da amostra:_____<br><br>2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1.-Avaliação da embalagem:<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.-Avaliação do Produto:<br>2.2.1.-Tubo:<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3.- Sistema coletor:**<br>Frasco transparente ( ) SIM ( ) NÃO Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3.- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4.- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 36 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 25180 | 272775 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Conjunto para drenagem mediastinal nº 36; capacidade do frasco reservatório 2.000 ml; contendo: 1 dreno de torax em pvc atóxico, transparente, flexível, multiperfurado, radiopaco; 1 conector de cor translúcida tipo luer com calibre igual ao dreno, 1 tubo extensor em pvc atóxico, flexível, transparente, com no mínimo 120 cm de comprimento e pinça corta fluxo; 1 frasco reservatório, rigido. Transparente, graduado, com tampa de vedação com 3 vias, respiro, filtro e com rosca total em elemento único e alça de transporte, capacidade de 1.000 ml, embalagem estéril em papel grau cirúrgico com abertura em petala, com dados de identificação, tipo de esterilização, prazo de validade e número de lote. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Conjunto para drenagem de tórax para pneumotórax, hemotórax, empiemas e pós cirurgias toracicas e mediastinais. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL<br><br>1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA da amostra:_____<br><br>2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1.-Avaliação da embalagem:<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.-Avaliação do Produto:<br>2.2.1.-Tubo:<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.2- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.3.- Sistema coletor:**<br>Frasco transparente ( ) SIM ( ) NÃO Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/ 01 UND. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92236 | 440502 | - | X | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Dreno cirúrgico de penrose, látex atóxico, com pó bioabssorvível, sem gaze, n°4, descartável, estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de subcutanêo ou cavidade abdominal por capilaridade. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de dreno penrose**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( )não<br>Embalagem estéril grau cirúrgico com identificação e visualização adequadas ( ) sim ( )não Possui abertura fácil ( ) sim ( )não<br>O tamanho do dreno está visível ( ) sim ( )não Data fabricação ( ) sim ( )não<br>Data de validade ( ) sim ( )não<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Dimensões do DRENO compatível com o descritivo técnico ( ) sim ( )não<br>Material composto 100% de látex ( ) sim ( )não Flexibilidade adequada ao seu propósito ( ) sim ( )não Possui tração e resistência adequadas ( ) sim ( )não Mantém o lúmen pérveo ao ser cortado ( ) sim ( )não<br>Viável para drenagem por gravidade/capilaridade ( ) sim ( )não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ Setor: _____ Data:_ _____/_____/_____<br>Nome:_____ | | | | | | |

| | ASSINATURA/ CARIMBO |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/01UND. CADA N.20 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92234 | 438519 | - | X | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Dreno cirúrgico de penrose, n° 1, látex atóxico, com pó bioabssorvível, sem gaze, descartável, estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de subcutanêo ou cavidade abdominal por capilaridade | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de dreno penrose**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( )não<br>Embalagem estéril grau cirúrgico com identificação e visualização adequadas ( ) sim ( )não Possui abertura fácil ( ) sim ( )não<br>O tamanho do dreno está visível ( ) sim ( )não Data fabricação ( ) sim ( )não<br>Data de validade ( ) sim ( )não<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Dimensões do DRENO compatível com o descritivo técnico ( ) sim ( )não<br>Material composto 100% de látex ( ) sim ( )não Flexibilidade adequada ao seu propósito ( ) sim ( )não Possui tração e resistência adequadas ( ) sim ( )não Mantém o lúmen pérveo ao ser cortado ( ) sim ( )não<br>Viável para drenagem por gravidade/capilaridade ( ) sim ( )não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ Setor: _____ Data:___ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | _____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/01UND. CADA N.40 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 92237 | 438522 | - | X | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Dreno cirúrgico de penrose, n° 2 látex atóxico, com pó bioabssorvível, sem gaze, descartável, estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de subcutaneo ou cavidade abdominal por capilaridade. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de dreno penrose**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( )não<br>Embalagem estéril grau cirúrgico com identificação e visualização adequadas ( ) sim ( )não Possui abertura fácil ( ) sim ( )não<br>O tamanho do dreno está visível ( ) sim ( )não Data fabricação ( ) sim ( )não<br>Data de validade ( ) sim ( )não<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Dimensões do DRENO compatível com o descritivo técnico ( ) sim ( )não<br>Material composto 100% de látex ( ) sim ( )não Flexibilidade adequada ao seu propósito ( ) sim ( )não Possui tração e resistência adequadas ( ) sim ( )não Mantém o lúmen pérveo ao ser cortado ( ) sim ( )não<br>Viável para drenagem por gravidade/capilaridade ( ) sim ( )não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital_____ Setor<br>_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DRENO DE PENROSE ESTERIL ENV.C/01UND. CADA N.60 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 92235 | 440501 | - | X | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Dreno cirúrgico de penrose, n° 3, látex atóxico, com pó bioabssorvível, sem gaze, descartável, estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de subcutanêo ou cavidade abdominal por capilaridade. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de dreno penrose**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>2.1- Quanto a Embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) sim ( )não<br>Embalagem estéril grau cirúrgico com identificação e visualização adequadas ( ) sim ( )não Possui abertura fácil ( ) sim ( )não<br>O tamanho do dreno está visível ( ) sim ( )não Data fabricação ( ) sim ( )não<br>Data de validade ( ) sim ( )não<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Dimensões do DRENO compatível com o descritivo técnico ( ) sim ( )não<br>Material composto 100% de látex ( ) sim ( )não Flexibilidade adequada ao seu propósito ( ) sim ( )não Possui tração e resistência adequadas ( ) sim ( )não Mantém o lúmen pérveo ao ser cortado ( ) sim ( )não<br>Viável para drenagem por gravidade/capilaridade ( ) sim ( )não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DRENO EM T N.14 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92230 | 438502 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Dreno de Kher n° 14 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno de Kher: para drenagem de vias biliares | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de dreno em T**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.2-Quanto a Embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO<br>Embalagem estéril grau cirúrgico com identificação e visualização adequadas ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO<br>O tamanho do dreno está visível ( )SIM ( )NÃO<br>Data fabricação ( )SIM ( )NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Quanto ao produto:**<br>Comprimento do DRENO compatível com o descritivo técnico ( )SIM ( )NÃO<br>Material composto 100% de látex ( )SIM ( )NÃO<br>Possui formato em T que permita a saída da secreção por todas as aberturas ( )SIM ( )NÃO<br>Flexibilidade adequada ao seu propósito ( )SIM ( )NÃO<br>Mantém o lúmen pérveo ao ser cortado ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( )NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ Setor:<br>_____ Data:_<br>_____/_____/_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DRENO EM T N.16 | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92231 | 438507 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Dreno de Kher n° 16 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno de Kher: para drenagem de vias biliares | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostra de dreno em T**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.2-Quanto a Embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO<br>Embalagem estéril grau cirúrgico com identificação e visualização adequadas ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO<br>O tamanho do dreno está visível ( )SIM ( )NÃO<br>Data fabricação ( )SIM ( )NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Quanto ao produto:**<br>Comprimento do DRENO compatível com o descritivo técnico ( )SIM ( )NÃO<br>Material composto 100% de látex ( )SIM ( )NÃO<br>Possui formato em T que permita a saída da secreção por todas as aberturas ( )SIM ( )NÃO<br>Flexibilidade adequada ao seu propósito ( )SIM ( )NÃO<br>Mantém o lúmen pérveo ao ser cortado ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( )NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____ Data:<br>_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO 6,4MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35130 | 438535 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO. Estéril, descartável, radiopaco, confeccionado em PVC siliconizado ou outro material compatível. Contendo cânula/agulha de 6,4MM de diâmetro e de reservatório graduado com capacidade de 400mL a 600mL. Apresentando conector em Y para vácuo de sucção, mecanismo antirefluxo, tampa para esvaziamento, tubo extensor e clamp plástico. Com transparência que permita a visualização da drenagem. Embalagem individual com selagem eficiente que garanta a integridade do produto até o momento de sua utilização, permita a abertura e a transferência com técnica asséptica, trazendo externamente os dados de identificação, procedência, número de lote, data de fabricação, prazo de validade e número de registro no Ministério da Saúde. Prazo de validade de 75% da data de fabricação | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de cavidade por pressão negativa. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KT-KIT | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Sistema fechado de drenagem por sucção**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO Flexível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO Agulha de introdução ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.2-Conectores:<br>Conector universal em Y para vácuo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mecanismo anti-refluxo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.3-Sistema coletor:<br>Frasco transparente/translucido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco sanfonado ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa para esvaziamento ( ) SIM ( ) NÃO Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3.PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:<br>Hospital:_____ Setor: _____ Data:__ _____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO 3,2MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35129 | 43836 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO. Estéril, descartável, radiopaco, confeccionado em PVC siliconizado ou outro material compatível. Contendo cânula/agulha de 3,2MM de diâmetro e de reservatório graduado com capacidade de 400mL a 600mL. Apresentando conector em Y para vácuo de sucção, mecanismo antirefluxo, tampa para esvaziamento, tubo extensor e clamp plástico. Com transparência que permita a visualização da drenagem. Embalagem individual com selagem eficiente que garanta a integridade do produto até o momento de sua utilização, permita a abertura e a transferência com técnica asséptica, trazendo externamente os dados de identificação, procedência, número de lote, data de fabricação, prazo de validade e número de registro no Ministério da Saúde. Prazo de validade de 75% da data de fabricação. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de cavidade por pressão negativa. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KT-KIT | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Sistema fechado de drenagem por sucção**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO Flexível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO Agulha de introdução ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.2-Conectores:<br>Conector universal em Y para vácuo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mecanismo anti-refluxo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.3-Sistema coletor:<br>Frasco transparente/translucido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco sanfonado ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa para esvaziamento ( ) SIM ( ) NÃO Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3.PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____ Data:__<br>_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO 4,8MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35128 | 43812 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | SISTEMA FECHADO DE DRENAGEM POR SUCÇÃO. Estéril, descartável, radiopaco, confeccionado em PVC siliconizado ou outro material compatível. Contendo cânula/agulha de 4,8MM de diâmetro e de reservatório graduado com capacidade de 400mL a 600mL. Apresentando conector em Y para vácuo de sucção, mecanismo antirefluxo, tampa para esvaziamento, tubo extensor e clamp plástico. Com transparência que permita a visualização da drenagem. Embalagem individual com selagem eficiente que garanta a integridade do produto até o momento de sua utilização, permita a abertura e a transferência com técnica asséptica, trazendo externamente os dados de identificação, procedência, número de lote, data de fabricação, prazo de validade e número de registro no Ministério da Saúde. Prazo de validade de 75% da data de fabricação. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Dreno para drenagem de coleções serosas, hemáticas ou purulentas de cavidade por pressão negativa. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KIT-KIT | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Sistema fechado de drenagem por sucção**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tipo de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1-Tubo:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO Flexível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO Agulha de introdução ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.2-Conectores:<br>Conector universal em Y para vácuo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Mecanismo anti-refluxo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2.3-Sistema coletor:<br>Frasco transparente/translucido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco sanfonado ( ) SIM ( ) NÃO Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa para esvaziamento ( ) SIM ( ) NÃO Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3.PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) sim ( )não<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____ Data:__<br>_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 6,0MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92075 | 255100 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material polivinil flexível, formato ponta arredondada, tamanho 6, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada para suporte ventilatório prolongado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula para traqueostomia**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____ Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NSA<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 6,5MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92076 | 255103 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material polivinil flexível, formato ponta arredondada, tamanho 6,5, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada para suporte ventilatório prolongado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula para traqueostomia**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____ Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NSA<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 7,0MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92077 | 255926 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material polivinil flexível, formato ponta arredondada, tamanho 7, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada para suporte ventilatório prolongado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula para traqueostomia**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____ Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NSA<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 7,5MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92078 | 255102 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material polivinil flexível, formato ponta arredondada, tamanho 7,5, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada para suporte ventilatório prolongado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula para traqueostomia**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____ Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NSA<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 8,0MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92079 | 255101 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Canula para traqueostomia com cuff p.v.c. 8,0mm n. 34. Cuff de alto volume e baixa pressão, cilíndrico em material maleável de alta qualidade moldável à traqueia quando aquecido à temperatura corpórea (termossensível). Obturado arredondado especial para minimizar traumas durante a inserção. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada para suporte ventilatório prolongado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula para traqueostomia**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____ Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NSA<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF P.V.C. 9,0MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré - hospitalar |
| 92080 | 255107 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Canula para traqueostomia com cuff p.v.c. 9,0mm n. 38. Cuff de alto volume e baixa pressão, cilíndrico em material maleável de alta qualidade moldável à traqueia quando aquecido à temperatura corpórea (termossensível). Obturado arredondado especial para minimizar traumas durante a inserção. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada para suporte ventilatório prolongado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula para traqueostomia**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____ Lote: _____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1-Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NSA<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FITA UMBILICAL ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré - hospitalar |
| 91159 | 437849 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FITA UMBILICAL ESTERIL. Aplicação: procedimentos cirúrgicos pediátricos / neonatal e procedimentos cardíacos e vasculares. Material: algodão branco. Apresentação: envelope com duas unidades. Unidade De Estoque: envelope (EN) Código SES: 091159. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A fita umbilical é utilizada em alguns procedimentos cirúrgicos pediátricos e cardiovascular onde é necessário a suspensão/ tracionamento de alça intestinais ou de outros órgãos. A aquisição visa atender as demandas em centro cirúrgicos. Sua ausência pode comprometer a realização de cirurgias eletivas e de emrgência na rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVELOPE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação da fita umbilical estéril**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Tipo:_____<br>Tamanho: _____<br>Número do registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL :**<br>**2.1-Embalagem:**<br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Recomendação para uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2-Produto**:<br>Não solta resíduos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Composto por algodão branco não absorvível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atóxico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Hipoalergênico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>2 unidades por embalagem ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para a SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e observação:_____<br><br>4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data: _____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

## GRUPO: CIRUGIA GERAL (FIOS E LÂMINAS)

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,3CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26285 | 281598 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,3CM, PONTA CILINDRICA, 3/8 CIRCULO. Material: polipropileno monofilamentar, Características Adicionais: fio 6-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, 3/8 círculo, comprimento da agulha 1,3 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia Geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia vascular, ortopedia (cirurgia da mão), cirurgia bucomaxilofacial, oftalmologia (plástica ocular) e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 3,5CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26466 | 282824 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 3,5 A 3,6CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 1/2 CIRCULO. Material: polipropileno monofilamentar, Características Adicionais: fio 2-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 3,5 a 3,6 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia Geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, oftalmologia (plástica ocular), ginecologia oncológica, ginecologia/ obstetrícia e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,0CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26471 | 281595 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,0CM, PONTA CILINDRICA, 3/8 CIRCULO. Material: polipropileno monofilamentar. Características Adicionais: fio 6-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, 3/8 círculo, comprimento da agulha 1,0 cm, estéril.Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: ortopedia (cirurgia de mão), cirurgia oncológica, cirurgia torácica e oftalmologia (plástica ocular) |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 7-0, 60CM, COM 02 AGULHAS DE 1,3 A 1,5CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26474 | 281600 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 7-0, 60CM, COM 02 AGULHAS DE 1,3 A 1,5CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 3/8 CIRCULO. Material: polipropileno monofilamentar, Características Adicionais: fio 7-0, cor azul, comprimento 60 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 3/8 círculo, comprimento da agulha de 1,3 a 1,5 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: ortopedia (cirurgia de mão), cirurgia oncológica e oftalmologia (plástica ocular) |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR Nº 2, 3X50CM, COM 01 AGULHA DE 7,5CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92241 | 299714 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR Nº 2, 3X50CM, COM 01 AGULHA DE 7,5CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE. Características Adicionais: fio nº 2, cor azul, 3 x 50cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 3/8 círculo, comprimento da agulha 7,5 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: ginecologia/obstetrícia, cirurgia oncológica e oftalmologia (plástica ocular) |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92242 | 281619 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Características Adicionais: fio 2-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 2,5 a 2,6 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, mastologia, oftalmologia (plástica ocular), ginecologia oncológica, ginecologia/obstetrícia, nefrologia e cirurgia oncológica. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 3,5 A 3,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92243 | 300301 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 2-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 3,5 A 3,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: polipropileno monofilamentar, Características Adicionais: fio 2-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 3,5 a 3,6 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, oftalmologia (plástica ocular), ginecologia oncológica, ginecologia/obstetrícia, nefrologia e cirurgia oncológica. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 1,7CM, PONTA E CORPO CILINDRICOS, 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26470 | 282677 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 1,7CM, PONTA CILINDRICA, 1/2 CIRCULO. Material: polipropileno monofilamentar. Características Adicionais: fio 5-0, cor azul, comprimento 70 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, comprimento da agulha de 1,5 a 1,7 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia vascular, cirurgia torácica, otorrinolaringologia, cirurgia bucomaxilofacial, oftalmologia (plástica ocular) e cirurgia oncológica. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,1CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92266 | 282673 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,1CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Características Adicionais: fio 3-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 3,0 a 3,1 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia toráica, cirurgia vascular, coloproctologia, oftalmologia (plástica ocular), ginecologia/obstetrícia e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 1,7CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA, COM ALMOFADA DE TEFLON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92318 | 281999 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 1,7CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA, COM ALMOFADA DE TEFLON. Características Adicionais: fio 4-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 1,5 a 1,7cm, com almofada de teflon, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia torácica, oftalmologia (plástica ocular) e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR VIOLETA ABORVÍVEL 7-0, 75 CM COM 2 AGULHAS 0,93 A 1,2CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92358 | 278552 | - | - | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR VIOLETA 7-0, ABORVÍVEL EM 180 DIAS. COMPRIMENTO 75CM, COM 2 AGULHAS DE 0,93 A 1,2CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA - uma agulha em cada ponta do fio de sutura. Aplicação (finalidade): uso em Cirurgia Pediátrica Neonatal, Cirurgia Urologica, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia plástica, cirurgia pediátrica, oftalmologia (plástica ocular) e cirurgia oncológica. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92269 | 281640 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: polipropileno monofilamentar, Características Adicionais: fio 4-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 2,5 a 2,6 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia oncológica e oftalmologia (plática ocular) |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 7-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 0,93CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26473 | 281594 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 7-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 0,93CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA. Características Adicionais: fio 7-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, 3/8 círculo, comprimento da agulha 0,93 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia vascular, ortopedia (cirurgia de mão), oftalmologia (plástica ocular) e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 4,0CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92315 | 281623 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 4,0CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Características Adicionais: fio 0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 4,0 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, coloproctologia, oftalmologia ( plástica ocular), ginecologia oncológica, ginecologia / obstetrícia, e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92265 | 284127 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: polipropileno monofilamentar, Características Adicionais: fio 3-0, cor azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 2,0 a 2,6cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN - ENVEPOLE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, coloproctologia, oftalmologia (plástica ocular) e cirurgia oncológica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 0-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,5 A 3,7CM, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 30640 | 281676 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 0-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,5 A 3,7CM, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO. Características Adicionais: fio 0-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 círculo, ponta cortante triangular, comprimento da agulha de 3,5 A 3,7cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cardíaca, cirurgia geral, cirurgia torácica,ginecologia/obstetricia, ortopedia, proctologia, urologia, oncoginecologia, mastologia e nefrologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 2-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5CM, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 30639 | 282866 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 2-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5CM, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO. Características Adicionais: fio 2-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 círculo, ponta cortante triangular, comprimento da agulha de 2,5cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia cardíaca, cirurgia geral, ginecologia / obstetrícia, ortopedia, cirurgia plástica, cirurgia torácica, urologia, oncoginecologia e mastologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,0, PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 30638 | 281677 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 PONTA CORTANTE TRIANGULAR, 1/2 CIRCULO. Características Adicionais: fio 3-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 círculo, ponta cortante triangular, comprimento da agulha de 2,0cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia cardíaca, cirurgia geral, ginecologia / obstetrícia, ortopedia, cirurgia plástica, dermatologia, urologia, odontologia e mastologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 2-0 PRETO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92293 | 281323 | - | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Fio de sutura nylon monofilamentar 2-0 preto, matéria prima poliamida 6, 6.6 ou 6/6, com agulha cortante, com corte triangular reverso, formato 3/8 de círculo, tamanho 1,9 ou 3,0 cm, comprimento 45 cm. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, dermatologia, ginecologia /obstetrícia, ortopedia, proctologia, urologia, oncoginecologia, mastologia, odontologia e nefrologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 3-0 PRETO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92294 | 281322 | - | X | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Fio de sutura nylon monofilamentar 3-0 preto, matéria prima poliamida 6, 6.6 ou 6/6, com agulha cortante, com corte triangular reverso, formato 3/8 de círculo, tamanho 1,9 cm, comprimento 45 cm. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, dermatologia, ginecologia /obstetrícia, ortopedia, proctologia, dermatologia, urologia, oncoginecologia, mastologia, odontologia e nefrologia. |

| Descrição Resumida | LAMINA P/BISTURI N. 10 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92376 | 333633 | - | - | X | X | X | X |
| Descrição Completa | Lamina p/bisturi n. 10 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição resumida | LAMINA P/BISTURI N. 11 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92377 | 244907 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição completa | Lamina p/bisturi n. 11 1 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição resumida | LAMINA P/BISTURI N. 12 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92378 | 313628 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição completa | Lamina p/bisturi n. 12 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição resumida | LAMINA P/BISTURI N. 15 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92379 | 0366903 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição completa | Lamina p/bisturi n. 15 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição resumida | LAMINA P/BISTURI N. 20 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92380 | 0361077 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição completa | Lamina p/bisturi n. 20 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição resumida | LAMINA P/BISTURI N. 22 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92382 | 0242918 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição completa | Lamina p/bisturi n. 22 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição resumida | LAMINA P/BISTURI N. 24 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92383 | 366902 | - | - | X | X | X | X |
| Descrição completa | Lamina p/bisturi n. 24 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imprescindível na maioria dos procedimentos cirúrgicos pois é responsável pela incisão nos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras - lâmina de bisturi**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem** Marca<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO Lote<br>( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto** É<br>estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação ao cabo com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a penetração dos tecidos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui polimento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho gravado na lâmina ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,1CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92352 | 282859 | - | - | X | X | X | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,1CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA. Material: glicolida + lactida trançado, Características Adicionais: fio 3-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 3/8 círculo, comprimento da agulha 3,0 a 3,1 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, ortopedia, proctologia, rologia, oncoginecologia e odontologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92325 | 282242 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE. Material: glicolida + lactida trançado, Características Adicionais: fio 4-0, cor incolor, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 3/8 círculo, comprimento da agulha de 1,9 a 2,0 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pástica, dermatologia, ortopedia, protctologia, urologia, oncoginecologia, mastologia e odontologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92353 | 282660 | - | - | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: glicolida + lactida trançado, Características Adicionais: fio 4-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 1,7 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia pediática, cirurgia torácica, dermatologia e ginecologia/obstetrícia, ortopedia, urologia e odontologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92326 | 282662 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: glicolida + lactida trançado, Características Adicionais: fio 4-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 2,5 a 2,6cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: oncoginceologia, urologia, ortopedia, cirurgia cardíaca, cirurgia geral e cirurgia pediátrica. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 3-0, 70 A 75CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 CM A 2,0 CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26105 | 281943 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 3-0, 70 A 75CM, COM 01 AGULHA DE 1,5CM A 2,0CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: polidioxanona monofilamentar, Características Adicionais: fio 3-0, cor violeta, comprimento 70 a 75cm,com 1 agulha, tipo agulha ponta e corpo cilíndricos, 1/2círculo, comprimento da agulha 1,5cm a 2,0cm, estéril. Forma de Apresentação:1fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impresso sem língua portuguesa no envelope e na caixa.Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, proctologia, urologia e oncoginecologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 CM A 2,5CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92125 | 341365 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 CM A 2,5CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Características Adicionais: fio 4-0, cor violeta, comprimento 75cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta e corpo cilíndricos, 1/2círculo, comprimento da agulha 2,0 cm a 2,5cm, estéril. Forma de Apresentação:1 fio por envelope, com identificação do lote,data de fabricação,data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa .Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, proctologia, urologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR Nº 1, 240CM, COM 01 AGULHA DE 6,5CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA FIO ENLAÇADO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26196 | 290579 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA. Material: polidioxanona monofilamentar, Características Adicionais: fio nº 1, cor violeta, comprimento 240 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 círculo cilíndrica, comprimento da agulha 6,5 cm, fio enlaçado ou looped, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, proctologia e urologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 2 AGULHAS DE 0,90 A 1,3CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92244 | 281939 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 6-0, 75CM, COM 2 AGULHAS DE 0,90 A 1,3CM, 3/8 CIRCULO CILINDRICA. Material: polidioxanona monofilamentar. Características Adicionais: fio 6-0, cor violeta, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, 3/8 círculo, comprimento da agulha de 0,90 a 1,3 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIESTER REVESTIDO TRANÇADO 2-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 2,0 CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 22651 | 373740 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURADE POLIESTER REVESTIDO TRANÇADO 2-0, 75CM, COM 02 AGULHAS DE 1,5 A 2,0 CM PONTA E CORPO CILINDRICOS 1/2 CIRCULO. Material: poliéster revestido trançado, Características Adicionais: fio 2-0, colorido, comprimento 75 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 1,5 a 2,0cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003 |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio:cirurgia geral, cirurgia cardíaca, ortopedia e oncoginecologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIÉSTER REVESTIDO,TRANÇADO, Nº05, 4X75 CM. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92313 | 335915 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIESTER REVESTIDO,TRANÇADO, Nº05 4X75 CM, 75CM, COM 01 AGULHA DE 4,7 A 4,8CM,PONTA CORTANTE,CORPO CILINDRICO,1/2 CIRCULO. Material: poliéster revestido, trançado, Características Adicionais: fio nº 05,4X75cm, cor verde/azul, comprimento 75 cm, com 1 agulha,1/2 círculo, agulha ponta cortante,corpo cilíndrico.Comprimento da agulha: 4,7 a 4,8cm.Estéril.Forma de Apresentação: 4x75cm= 4 fios de 75cmpor envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, ortopedia e ginecologia/ obstetrícia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92254 | 281750 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 4-0, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 circulo cilindrica, comprimento da agulha 1,5 a 1,7cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica e ortopedia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,1 A 3,2CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26198 | 281755 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,1 A 3,2CM 3/8 CIRCULO CILINDRICA. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 3/8 círculo cilíndrica, comprimento da agulha 3,1 a 3,2 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN - ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: ginecologia/obstetrícia, ortopedia e proctologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 2-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,6 A 3,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26199 | 281753 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 2-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 3,6 A 3,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 2-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 círculo cilíndrica, comprimento da agulha 3,6 a 3,7 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, ginecologia / obstetricia, ortopedia, proctologia e mastologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 8785 | 282723 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 3-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 3-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 círculo cilíndrica, comprimento da agulha 2,5 a 2,6 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, ortopedia, proctologia, urologia e mastologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35606 | 296324 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 4-0, incolor, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 3/8 circulo cortante, comprimento da agulha 1,9 a 2,0cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, ortopedia, urologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 26078 | 282667 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 4-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 4-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 circulo cilindrica, comprimento da agulha 2,5 a 2,6cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, urologia, ortopedia e mastologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 5-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 2,0 CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE INCOLOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92261 | 377380 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 5-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 2,0 CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE. Material: poliglecaprone monofilamentar incolor, Características Adicionais: fio 5-0, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha 3/8 circulo cortante, comprimento da agulha de 1,5 a 2,0 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia plástica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92258 | 281751 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLECAPRONE MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: poliglecaprone monofilamentar, Características Adicionais: fio 5-0, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha 1/2 circulo cilindrica, comprimento da agulha 1,5 a 1,7cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 0, 70-75CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 A 3,5 CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92330 | 281561 | - | - | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 0, 70-75 CM, COM 01 AGULHA DE 3,0 - 3,5 CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE. Características Adicionais: fio 0, cor preta, comprimento 70 a 75 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 3/8 circulo, comprimento da agulha 3,0 a 3,5 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia torácica, ginecologia/obstetrícia, ortopedia, urologia, oncoginecologia e mastologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA SEDA TRANÇADA 3-0, 15X45CM, SEM AGULHA. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35322 | 284479 | - | X | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA SEDA TRANÇADA 3-0, 15x45CM, SEM AGULHA. Características adicionais: fio 3-0, cor preta, 15x45cm, sem agulha, estéril, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e caixa. Deverá seguir a norma do INMETRO ABNT. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, ortopedia, proctologia, urologia, mastologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 4-0, 15X45CM, SEM AGULHA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35462 | 284480 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 4-0, 15x45cm, SEM AGULHA. Características adicionais: fio 4-0, cor preta, 15x45cm, sem agulha, estéril, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e caixa. Deverá seguir a norma do INMETRO ABNT. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia pediátrica e cirurgia torácica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 2-0, 15X45CM, SEM AGULHA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92333 | 284477 | - | X | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 2-0, 15X45CM, SEM AGULHA. Características Adicionais: fio 2-0, cor preta, 15 x 45cm, sem agulha, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cabea e pescoço, cirurgia geral, ciurgia pediátrica, cirurgia torácica, ginecologia/obstetrícia, urologia, proctologia, ortopedia, oncoginecologia e mastologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,30CM PONTA E CORPO CORTANTE 3/8 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92336 | 281557 | - | - | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,30CM PONTA E CORPO CORTANTE 3/8 CIRCULO. Aplicação: fixação de músculo em Oftalmologia, Material: seda trançada, Características Adicionais: fio 4-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 3/8 círculo, comprimento da agulha 1,30 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia pediátrica, oftalmologia e odontologia. |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 6-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,65CM PONTA ESPATULAR CORPO CORTANTE 3/8 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92340 | 288254 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANCADA 6-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,65CM PONTA ESPATULAR CORPO CORTANTE 3/8 CIRCULO. Características Adicionais: fio 6-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta espatular, corpo cortante, 3/8 círculo, comprimento da agulha 0,65 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia plástica |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 7-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,65CM MICRO-PONTAS ESPATULAR 3/8 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92347 | 318817 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE SEDA TRANÇADA 7-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,65CM MICRO-PONTAS ESPATULAR 3/8 CIRCULO. Características Adicionais: fio 7-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha 3/8 círculo, micro-pontas espatular, comprimento da agulha 0,65 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: |

| Descrição Resumida | FIO SINTÉTICO ZERO 70CM ABSORVÍVEL POR VOLTA DE 70 DIAS TRANÇADO VIOLETA UMA AGULHA 4CM PONTA CILÍNDRICA CORPO CILÍNDRICO 1/2 CÍRCULO. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92351 | 282651 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Fio sintético zero 70cm absorvível por volta de 70 dias trançado violeta uma agulha 4cm ponta cilíndrica corpo cilíndrico 1/2 círculo. 1 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia |

| Descrição Resumida | KIT CESAREA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92388 | 281743 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | KIT CESÁREA, Contendo no mínimo 01 fio de poliamida monofilamentar 4-0, com no mínimo 70cm, com agulha 3/8, 2,4cm cortante ou 01 fio poliglecaprone 4-0, com no mínimo 70cm, com agulha 3/8, 2,4cm cortante, 02 fios glicolida + lactida 2-0, com no mínimo 70cm, com agulha 3,6cm podendo variar +/- 0,5cm, 1/2 circulo cilíndrica, fios glicolida + lactida 0, com no mínimo 70cm, com agulha 4,0cm podendo variar +/- 0,8cm, 1/2 circulo cilíndrica. INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: ginecologia / obstetrícia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 10-0, 30CM, COM 02 AGULHAS DE 0,55CM PONTA E CORPO ESPATULARES 1/2 CIRCULO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92291 | 429443 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA. Material: poliamida monofilamentar, Características Adicionais: fio 10-0, cor preta, comprimento 30 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha ponta espatular, corpo espatular, 1/2 círculo, comprimento da agulha 0,55 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: oftalmologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92297 | 286128 | - | X | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE. Aplicação: sutura de pele - cuticular ou plástica, Material: poliamida monofilamentar, Características Adicionais: fio 4-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, 3/8 círculo, comprimento da agulha entre 1,9 e 2,0 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral,cirurgoa plástica, cirurgia torácica, dermatologia, mastologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92296 | 281325 | - | X | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 4-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM 1/2 CIRCULO CORTANTE. Material: poliamida monofilamentar, Características Adicionais: fio 4-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 1/2 circulo, comprimento da agulha 2,5 a 2,6 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN-ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, proctologia, urologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 5-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92299 | 281320 | - | X | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 5-0, 45CM, COM 01 AGULHA DE 1,9 A 2,0CM 3/8 CIRCULO CORTANTE. Material: poliamida monofilamentar, Características Adicionais: fio 5-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 3/8 de circulo, comprimento da agulha 1,9 a 2,0 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003 |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 6-0, 45CM, COM 1 AGULHA DE 1,3CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92343 | 281875 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIAMIDA MONOFILAMENTAR 6-0, 45CM, COM 1 AGULHA DE 1,3CM, 3/8 CIRCULO CORTANTE. Material: poliamida monofilamentar. Características Adicionais: fio 6-0, cor preta, comprimento 45 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cortante, corpo cortante, 3/8 círculo, comprimento da agulha de 1,3cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia plástica, dermatologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,9CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92355 | 281687 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,9CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: glicolida + lactida trançado, Características Adicionais: fio 5-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha de 1,5 a 1,9 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica, ortopedia, urologia, oncoginecologia, dermatologia e odontologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 6-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,80 A 0,87CM 1/4 CIRCULO ESPATULADA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92328 | 282657 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIGLACTINA OU ÁCIDO POLIGLICÓLICO TRANÇADO 6-0, 45CM, COM 02 AGULHAS DE 0,80 A 0,87CM 1/4 CIRCULO ESPATULADA. Aplicação: Sutura de músculos/esclera - oftalmologia. Material: poliglactina ou ácido poliglicólico. Características Adicionais: fio 6-0, cor violeta, comprimento 45 cm, com 1 agulha em cada ponta do fio, tipo agulha 1/4 círculo espatulada, comprimento da agulha 0,80 a 0,87 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Acondicionadas em caixas de 10 unidades. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | UM-UM |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio |

| | |
|---|---|
| | compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica, ortopedia, urologia, oncoginecologia e dermatologia |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 6-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92342 | 281688 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE GLICOLIDA + LACTIDA TRANÇADO 6-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,5 A 1,7CM 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Material: glicolida + lactida trançado, Características Adicionais: fio 6-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, corpo cilíndrico, 1/2 círculo, comprimento da agulha 1,5 a 1,7 cm, estéril. Forma De Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e |

| | |
|---|---|
| | resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: |

| Descrição Resumida | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,7CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92127 | 307529 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FIO DE SUTURA DE POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR 5-0, 70CM, COM 01 AGULHA DE 1,7CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA. Características Adicionais: fio 5-0, cor violeta, comprimento 70 cm, com 1 agulha, tipo agulha ponta cilíndrica, comprimento da agulha 1,7 cm, estéril. Forma de Apresentação: 1 fio por envelope, com identificação do lote, data de fabricação, data de validade impressos em língua portuguesa no envelope e na caixa. Deverá seguir a Norma do INMETRO ABNT 13904/2003. |
| Informação extra para justificativa da contratação | A escolha adequada de um fio para a síntese cirúrgica otimiza a cicatrização dos tecidos. |
| Tipo de apresentação | EN -ENVELOPE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de fios cirúrgicos**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite a abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui formato de agulha conforme o descritivo (circunferência da agulha) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui tamanho de agulha conforme descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Agulha resistente (não dobra/ não quebra) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Presença de número de agulhas conforme descritivo ( ) SIM ( ) NÃO Material do fio é compatível ao descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Comprimento do fio compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO Possui boa tração e resistência ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Permite boa segurança no nó sem que se solte ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia geral<br>Especialidades que utilizam o fio: cirurgia pediátrica, cirurgia geral e urologia |

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/ MEDIASTINAL INFANTIL 14 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34566 | 282273 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado (orifícios laterais), constituído de material plástico macio (confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 14 FR, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada (volume padrão variando de 250 a 500 ml), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>1- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação<br>centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação<br>do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**:<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( )<br>SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 10 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34564 | 393283 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado ( orifícios laterais ), constituído de material plástico macio ( confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 10 FR, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada ( volume padrão variando de 250 a 500 ml ), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>2- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**:<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 12 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34565 | 424403 | - | - | - | X | - | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado ( orifícios laterais ), constituído de material plástico macio ( confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 12 FR, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada ( volume padrão variando de 250 a 500 ml ), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>3- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação |

| | |
|---|---|
| | centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação<br>do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**:<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro (<br>) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 16 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34567 | 302084 | - | - | - | X | - | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado ( orifícios laterais ), constituído de material plástico macio ( confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 16 Fr, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada ( volume padrão variando de 250 a 500 ml ), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>4- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**:<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 18 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34568 | 284084 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado ( orifícios laterais ), constituído de material plástico macio ( confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 18 FR, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada ( volume padrão variando de 250 a 2000 ml ), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>5- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**: Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 20 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34569 | 402260 | - | - | - | X | - | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado ( orifícios laterais ), constituído de material plástico macio ( confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 20 FR, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada ( volume padrão variando de 250 a 2000 ml ), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>6- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação |

| | |
|---|---|
| | centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação<br>do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**:<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro (<br>) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | KIT DRENAGEM TORÁCICA/MEDIASTINAL INFANTIL 22 FR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 34570 | 277764 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Kit de Drenagem torácica mediastinal infantil contendo: dreno tubular multiperfurado ( orifícios laterais ), constituído de material plástico macio ( confeccionado com cloreto de povinila - PVC ou silicone ou poliuretano) com filamento radiopaco por todas extensão, ponta arredondada atraumática e extremidade distal chanfrada. Diâmetro de acordo com escala French, 22 FR, comprimento de 40 a 50 cm. Frasco Coletor com etiqueta volumétrica graduada ( volume padrão variando de 250 a 2000 ml ), apresentando tudo de drenagem, presilha, respiro de saída de gases, tubo selo d'água e alça de transporte. Conector cônico para a conexão entre o dreno tubular multiperfurado e o frasco coletor. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Drenagem de fluidos, sangue e/ou ar do espaço pleural de recém-nascidos ou lactentes jovens, em situação de urgência ou pós-operatório com abordagem torácica. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Kits de drenagem torácica mediastinal infantil**<br><br>7- **CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1.-Avaliação da embalagem:**<br>Visibilidade do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descrição do material do tubo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2.-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Confere superfície lisa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Linha radiopaca visível em toda a extensão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Flexivel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Multiperfurado ( ) SIM ( ) NÃO Graduação | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | centimetrada ( ) SIM ( ) NÃO Identificação<br>do calibre ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Conectores:**<br>Conector universal ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.4- Sistema coletor Frasco**:<br>Transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco rígido ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco graduado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa de vedação com 3 vias ( ) SIM ( ) NÃO Respiro (<br>) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume bem definida ( ) SIM ( ) NÃO<br>Alça de transporte ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tubo extensor ( ) SIM ( ) NÃO<br>Base de sustenção do frasco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Trava de fechamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.3,0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92090 | 395915 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material PVC - cloreto de polivinil, flexível, formato ponta arredondada, tamanho 3,0, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Acesso cirúrgico de via aérea do neonato ou lactente jovem - intubação orotraqueal prolongada ou impossibilidade de acesso orotraqueal | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula de polivinil para traqueostomia**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( )NÃO<br>Possui manual de instruções de uso ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( )NÃO<br>JUSTIFICATIVA:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.3,5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92091 | 255927 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material PVC - cloreto de polivinil, flexível, formato ponta arredondada, tamanho 3,5, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Acesso cirúrgico de via aérea do neonato ou lactente jovem - intubação orotraqueal prolongada ou impossibilidade de acesso orotraqueal | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula de polivinil para traqueostomia**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( )NÃO<br>Possui manual de instruções de uso ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( )NÃO<br>JUSTIFICATIVA:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.4,0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92092 | 395788 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material PVC - cloreto de polivinil, flexível, formato ponta arredondada, tamanho 4,0, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Acesso cirúrgico de via aérea do neonato ou lactente jovem - intubação orotraqueal prolongada ou impossibilidade de acesso orotraqueal | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula de polivinil para traqueostomia**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( )NÃO<br>Possui manual de instruções de uso ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( )NÃO<br>JUSTIFICATIVA:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.4,5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92093 | 255099 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material PVC - cloreto de polivinil, flexível, formato ponta arredondada, tamanho 4,5, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Acesso cirúrgico de via aérea do neonato ou lactente jovem - intubação orotraqueal prolongada ou impossibilidade de acesso orotraqueal | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula de polivinil para traqueostomia**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( )NÃO<br>Possui manual de instruções de uso ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( )NÃO<br>JUSTIFICATIVA:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

| Descrição Resumida | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC N.5,0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92094 | 255098 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | Cânula para traqueostomia, material PVC - cloreto de polivinil, flexível, formato ponta arredondada, tamanho 5,0, características adicionais balão de baixa pressão, tipo estéril e descartável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Acesso cirúrgico de via aérea do neonato ou lactente jovem - intubação orotraqueal prolongada ou impossibilidade de acesso orotraqueal | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cânula de polivinil para traqueostomia**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta delaminação na abertura ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra e estéril ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**2.2-Avaliação do Produto:**<br>Apresenta tubo de inflação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta borda de fixação ( ) SIM ( )NÃO Apresenta balão piloto integrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui Mandril Guia com ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO Apresenta encaixe cônico macho de 15mm ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta ponta arredondada e atraumática ( ) SIM ( )NÃO<br>Apresenta superfície lisa ( ) SIM ( )NÃO<br>Possui manual de instruções de uso ( ) SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( )NÃO<br>JUSTIFICATIVA:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia pediátrica |

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

| Descrição Resumida | LÂMINA PARA DERMÁTOMO ELÉTRICO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 92384 | 445396 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Lamina para dermátomo elétrico compatível com marcas especificas, para retirada de enxerto de pele parcial, tamanho e uso único, esterilizadas, para uso em cirurgias plásticas reparadoras de forma geral. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Diminuir a taxa de mortalidade do paciente queimado. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Dermatomo elétrico compatível |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de lâminas para dermátomo elétrico**<br><br>**1 - CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação:_____<br>Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**<br>Marca ( )SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( ) NÃO Lote<br>( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( )SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto**<br>Possui embalagem estéril ( )SIM ( ) NÃO Possui<br>embalagem individual ( )SIM ( ) NÃO Possui fio<br>decorte preciso ( )SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade da Lâmina com o aparelho ( )SIM ( ) NÃO<br>Possui uma boa resistência ( )SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Possui corte dupla face ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia plástica |

| Descrição Resumida | LÂMINA PARA FACA HUMBY N.6 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 92386 | 369379 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Lâmina para faca humby n.6 | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Diminuir a taxa de mortalidade do paciente queimado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Faca humby | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de lâmina de humby**<br><br>**1 - CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas: _____<br>Fabricação/Validade:_____/_____/_____<br>Número de regsitro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem**<br>Fabricante ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Lote ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Tamanho compatível com o descritivo ( )SIM ( ) NÃO As<br>lâminas estão lubrificadas ( )SIM ( ) NÃO<br>As lâminas tem resistência e corte adequados ( )SIM ( ) NÃO<br>Adaptam-se adequadamente nas facas de retirada de enxerto existentes na SES/DF ( )SIM ( ) NÃO<br>Não apresentam sinais de oxidação ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cirurgia plástica |

## GRUPO: ENDOCRINOLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | ACESSÓRIO BOMBA DE INSULINA – PACOTE DE SERVIÇOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 36976 | 433693 | - | - | X | - | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Acessório bomba insulina, tipo acessório: conjunto alimentação,componente: pilhas, adaptador, tampa e chave. Aplicação (finalidade) Alimentação do sistema de infusão contínua de insulina (SICI) por meio de pilhas, permite o funcionamento do SICI, deve ter reposição a cada dois meses. Características adicionais: Acessório que permite o acionamento do equipamento. Sistema de alimentação.Prazo de validade 50% do prazo total de validade do produto. Embalagem Pacote com 04 pilhas tipo AA, 01 adaptador, 01 tampa debateria, 01 chave de bateria. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Possibilitar o funcionamento do Sistema de infusão contínua de insulina (SICI) |
| Tipo de apresentação | PC - PACOTE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sistema de infusão contínua de insulina (SICI) |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do acessório bomba insulina, tipo acessório**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO<br>Data fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Possui os componentes: 04 pilhas tipo AA, 01 adaptador, 01 tampa de bateria, 01 chave de bateria. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto está conforme solicitado no descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____ |

| | |
|---|---|
| | Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.endocrinologia@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | ACESSÓRIO PARA VIABILIZAÇÃO DA INSULINA COM O EQUIPAMENTO NO MEIO SUBCUTÂNEO; CÂNULA 6MM, CATETER 60 CM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 35382 | 433698 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ACESSÓRIO PARA VIABILIZAÇÃO DA INSULINA COM O EQUIPAMENTO NO MEIO SUBCUTÂNEO. Cânula descartável, 6 mm, estéril e flexível, munida de agulha em aço inox para ser aplicada no subcutâneo com tampa para interrupção temporária da infusão; e cateter descartável, 60 cm, estéril e flexível que comunique o equipamento à cânula e disponibilize a insulina ao tecido subcutâneo. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para uso em pacientes com diabetes tipo 1 de difícil controle e alto risco de hipoglicemiase com indicação clínica para uso dessa tecnologia, além de mulheres gestantes com diabetes e especialmente crianças abaixo dos três anos. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Equipamento portátil par infusão de insulina basal |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do acessório para viabilização da insulina com o equipamento no meio subcutâneo**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Bom sistema de perfuração com o tecido subcutâneo Bom ( ) SIM ( ) NÃO<br>Sistema de retirada da agulha guia ( ) SIM ( ) NÃO<br>Bom sistema de fixação com a pele ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____ |

| | |
|---|---|
| | Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | LANCETADOR PARA OBTENÇÃO DE SANGUE CAPILAR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 29679 | 385898 | - | X | - | - | - | - |
| Descrição Completa | LANCETADOR PARA OBTENÇÃO DE SANGUE CAPILAR. Aplicação: Obtenção de sangue capilar para automonitoramento de glicemia em ambiente domiciliar. Características: Lancetador para perfuração de dedo, com seleção de até 5 níveis de profundidade de punção, ponteira fixa, tipo caneta, composto de polipropileno moldado. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realização de glicemia capilar para conduta terapêutica | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Lanceta de uso domiciliar (código SES 26038 | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do lancetador**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao prouto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Possui ponteira fixa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta formato de caneta ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite penetração consistente por parte da lanceta ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite seleção de até 5 níveis de profundidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta de composição de polipropileno ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona encaixe universal de lancetas ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | FITA COM ÁREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, USO DOMICILIAR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 35732 | 339565 | - | X | - | - | - | - |
| Descrição Completa | FITA COM ÁREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR em GLICOSÍMETRO compatível. Para uso DOMICILIAR e unidades básicas de saúde. Aplicação: avaliação do controle glicêmico para monitorização e ajuste de doses de medicamentos. Composição: Fita de material plástico com área reagente na extremidade que contém substância química e permite a absorção do sangue após a punção em ponta do dedo ou outra área. Faixa de hematócrito ≤ 30 a ≥ 55%. Forma de apresentação: unidade acondicionada em caixa/ frasco com 50 fitas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realização de glicemia capilar para conduta terapêutica | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Glicosímetro | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação fita com área reagente para verificação de glicemia capilar, uso domiciliar**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao prouto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**3.1- Quanto ao produto:**<br>Permite a utilização de amostras de sangue capilar, venoso e arterial para pacientes de todas faixas etárias. ( ) SIM ( ) NÃO<br>É capaz de viabilizar resultados precisos e seguros. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fácil encaixe e desencaixe ao glicosímetro. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identifica e permite a analise da amostra de sangue imediatamente após a disposição da mesma na fita. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Método de Teste amperométrico ou fotométrico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Teste com sangue fresco capilar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Faixa de hematócrito: 30 a 55% ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tempo de medição: até 10 segundos ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Faixa de resultados: 10 a 600 mg/Dl ( ) SIM ( ) NÃO<br>Forma de coleta do sangue - Aspiração por capilaridade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Áreas de coleta: ponta de dedo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Memória mínima de 240 testes ( ) SIM ( ) NÃO<br>Uso: crianças, adultos, gestantes e idosos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Unidade: mg/dL ( ) SIM ( ) NÃO<br>Média de resultados de no mínimo 30 dias ( ) SIM ( ) NÃO<br>Desligamento: automático ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**4-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**5-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | FITA COM AREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, USO HOSPITALAR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 35733 | 339565 | - | - | X | X | X | X |
| Descrição Completa | FITA COM AREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR em GLICOSÍMETRO compatível. Para uso em ambiente HOSPITALAR, pré hospitalar e unidades de emergências. Aplicação: avaliação de controle glicêmico para diagnóstico das situações emergenciais e no monitoramento da glicemia pré e intra hospitalar para ajustes de doses de insulina em pacientes internados ou em ambiente hospitalar. Composição: Fita de material plástico com área reagente na extremidade que contém substância química e permite a absorção do sangue após a punção em ponta do dedo ou outra área. Faixa de hematócrito: ≤ 30 a ≥ 65%. Forma de apresentação: unidade acondicionada em caixa/ frasco com 50 fitas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realização de glicemia capilar para conduta terapêutica | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Glicosímetro | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação fita com área reagente para verificação de glicemia capilar, uso domiciliar**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao prouto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**3.1- Quanto ao produto:**<br>Permite a utilização de amostras de sangue capilar, venoso e arterial para pacientes de todas faixas etárias. ( ) SIM ( ) NÃO<br>É capaz de viabilizar resultados precisos e seguros. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fácil encaixe e desencaixe ao glicosímetro. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identifica e permite a analise da amostra de sangue imediatamente após a disposição da mesma na fita. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Método de Teste amperométrico ou fotométrico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Teste com sangue fresco capilar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Faixa de hematócrito: 30 a 55% ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Tempo de medição: até 10 segundos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Faixa de resultados: 10 a 600 mg/Dl ( ) SIM ( ) NÃO<br>Forma de coleta do sangue - Aspiração por capilaridade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Áreas de coleta: ponta de dedo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Memória mínima de 240 testes ( ) SIM ( ) NÃO<br>Uso: crianças, adultos, gestantes e idosos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Unidade: mg/dL ( ) SIM ( ) NÃO<br>Média de resultados de no mínimo 30 dias ( ) SIM ( ) NÃO<br>Desligamento: automático ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**4-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**5-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | LANCETA DESCARTÁVEL PARA USO PROFISSIONAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 29713 | 338605 | - | X | X | X | X | X |
| Descrição Completa | LANCETA DESCARTAVEL PARA USO PROFISSIONAL. Aplicação: lancetas para obtenção de sangue capilar. Características adicionais: em aço polido siliconado, ponta trifacetada, tampa protetora de fácil remoção, mecanismo próprio de ação que dispensa uso de lancetadores, dispositivo retrátil com trava de segurança que não permite a reutilização. Tamanho/Capacidade: diâmetro da lanceta entre 28G e 30G. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realização de glicemia capilar para conduta terapêutica | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do lancetador descartável**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao prouto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Possui ponteira fixa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta formato de caneta ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite penetração consistente por parte da lanceta ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite seleção de até 5 níveis de profundidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta de composição de polipropileno ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona encaixe universal de lancetas ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | LANCETA DESCARTÁVEL USO DOMICILIAR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At.Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 26038 | 303151 | - | X | - | - | - | - |
| Descrição Completa | LANCETA DESCARTÁVEL USO DOMICILIAR, para uso em lancetador, Aplicação (finalidade) - lancetas para obtenção de sangue capilar (ponta de dedo); material - lanceta em aço polido siliconizada; Tamanho / Capacidade - diâmetro da agulha entre 28G e 30G. Profundidade de penetração de 1,5mm a 1,8mm; Características - lancetas ajustáveis a lancetadores do tipo caneta, que permitam uma punção suave, para uso domiciliar de pacientes diabéticos; Processo de Esterilização - estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realização de glicemia capilar para conduta terapêutica | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Lancetador. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação da lanceta descartável**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao prouto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Possui ponteira fixa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite penetração consistente por parte da lanceta ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta de composição de polipropileno ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | CARTUCHO PLASTICO 3,15ML | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 18150 | 433445 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CARTUCHO PLASTICO 3,15ML. Aplicação: Reservatório de insulina para SICI (BOMBA DE CENTRO). Material: Plástico. Característica: Reservatório de insulina de 3,15ml, compatível com os equipamentos Accu Chek, Estéril, 25 unidades. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para uso em pacientes com diabetes tipo 1 de difícil controle e alto risco de hipoglicemias e com indicação clínica para uso dessa tecnologia, além de mulheres gestantes com diabetes e especialmente crianças de acordo com os critérios de Protocolo Clínico para essa patologia. |
| Tipo de apresentação | CX - CAIXA |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Equipamento portátil para infusão de insulina basal. Item portátil, eletrônico, durável, alimentado por sistema de pilhas ou baterias que viabiliza a infusão contínua de insulina (basal) no subcutâneo e o cálculo de doses de insulina para alimentação e correções (bolus). Permite manuseio simples por acionamento em botões. Possibilita a monitorização contínua de glicose intersticial ou capilar, por meio de dispositivos acessórios. Necessita de itens acessórios descartáveis para transferência da insulina ao tecido subcutâneo de modo contínuo. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do cartucho plástico**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) sim ( ) não;<br>2.1 Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não;<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não;<br>2.2 Oferece proteção ao produto ( ) sim ( ) não;<br>2.3 Apresenta embalagem íntegra ( ) sim ( ) não;<br>2.4 Favorece a abertura ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2-Avaliação do produto:**<br>É compatível com o equipamento AccuChek Combo ( ) sim ( ) não<br>Material atende ao descritivo ( ) sim ( ) não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a | 3 |

| | |
|---|---|
| quantidade de amostras | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | CATETER QUICK-SET | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 24518 | 433434 | - | - | X | - | X | - |
| Descrição Completa | CATETER QUICK SET 9MM CÂNULA, 60 CM DE TUBO (MMT 397 ou 399). Aplicação: Infusão contínua de insulina subcutânea em bomba. Material: Cânula de teflon, agulha de aço inox e cateter de poliuretano e polietileno. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para uso em pacientes com diabetes tipo 1 de difícil controle e alto risco de hipoglicemias e com indicação clínica para uso dessa tecnologia, além de mulheres gestantes com diabtes e especialmente crianças de acordo com os critérios de protocolo clínico para essa patologia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | CX - CAIXA | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. EQUIPAMENTO PORTÁTIL PARA INFUSÃO DE INSULINA BASAL. Item portátil, eletrônico, durável, alimentado por sistema de pilhas ou baterias que viabiliza a infusão contínua de insulina (basal) no subcutâneo e o cálculo de doses de insulina para alimentação e correções (bolus). Permite manuseio simples por acionamento em botões. Possibilita a monitorização contínua de glicose intersticial ou capilar, por meio de dispositivos acessórios. Necessita de itens acessórios descartáveis para transferência da insulina ao tecido subcutâneo de modo contínuo. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do cateter quick-set**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não;<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Oferece proteção ao produto ( ) sim ( ) não<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Favorece a abertura ( ) sim ( ) não<br>Avaliação do produto: É compatível com o equipamento AccuChek Combo ( ) sim ( ) não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia | Farmácia central/ almoxarifado | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Central ou Almoxarifado Central | |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | CATETER QUICK-SET | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 24519 | 433698 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER QUICK SET 6MM CÂNULA, 60 CM DE TUBO (MMT 397 ou 399). Aplicação: Infusão contínua de insulina subcutânea em bomba. Material: Cânula de teflon, agulha de aço inox e cateter de poliuretano e polietileno. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para uso em pacientes com diabetes tipo 1 de difícil controle e alto risco de hipoglicemias e com indicação clínica para uso dessa tecnologia, além de mulheres gestantes com diabetes e especialmente crianças de acordo com os critérios de protocolo clínico para essa patologia. |
| Tipo de apresentação | CX - CAIXA |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. EQUIPAMENTO PORTÁTIL PARA INFUSÃO DE INSULINA BASAL. Item portátil, eletrônico, durável, alimentado por sistema de pilhas ou baterias que viabiliza a infusão contínua de insulina (basal) no subcutâneo e o cálculo de doses de insulina para alimentação e correções (bolus). Permite manuseio simples por acionamento em botões. Possibilita a monitorização contínua de glicose intersticial ou capilar, por meio de dispositivos acessórios. Necessita de itens acessórios descartáveis para transferência da insulina ao tecido subcutâneo de modo contínuo. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do cateter quick-set**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não;<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Oferece proteção ao produto ( ) sim ( ) não<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Favorece a abertura ( ) sim ( ) não<br><br>**2.3-Avaliação do produto:**<br>É compatível com o equipamento AccuChek Combo ( ) sim ( ) não<br>Material compatível ao descritivo da SES ( ) sim ( ) não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a | 3 |

| | |
|---|---|
| quantidade de amostras | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | RESERVATORIO RESERVOIR PARADIGM (MMT 322A) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 24523 | 433445 | - | - | X | - | X | - |
| Descrição Completa | RESERVOIR PARADIGM (MMT 322A). Aplicação: Reservatório de insulina para SICI. Material: Plástico. Característica: Reservatório de insulina. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para uso em pacientes com diabetes tipo 1 de difícil controle e alto risco de hipoglicemiase com indicação clínica para uso dessa tecnologia, além de mulheres gestantes com diabetes e especialmente crianças de acordo com os critérios de protocolo clínico para essa patologia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | CX - CAIXA | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. EQUIPAMENTO PORTÁTIL PARA INFUSÃO DE INSULINA BASAL. Item portátil, eletrônico, durável, alimentado por sistema de pilhas ou baterias que viabiliza a infusão contínua de insulina (basal) no subcutâneo e o cálculo de doses de insulina para alimentação e correções (bolus). Permite manuseio simples por acionamento em botões. Possibilita a monitorização contínua de glicose intersticial ou capilar, por meio de dispositivos acessórios. Necessita de itens acessórios descartáveis para transferência da insulina ao tecido subcutâneo de modo contínuo | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do reservatorio reservoir paradigm (mmt 322a)**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não;<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Oferece proteção ao produto ( ) sim ( ) não<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Favorece a abertura ( ) sim ( ) não<br><br>**2.3-Avaliação do produto:**<br>É compatível com o equipamento AccuChek Combo ( ) sim ( ) não<br>Material compatível ao descritivo da SES ( ) sim ( ) não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a | 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| quantidade de amostras | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | SET DE INFUSAO PARA BOMBA DE INSULINA (CANULA, TUBO E AGULHA) 8MM/60CM PARA SISTEMA ACCU CHEK SPIRIT E ACCU CHEK COMBO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 25694 | 433437 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SET DE INFUSAO FLEXLINK PARA SICI, CANULA, TUBO E AGULHA 8MM/60CM. Aplicação: Infusão contínua de insulina subcutânea em bomba. Material: Cânula flexível de teflon, agulha de aço inox e tubo de poliuretano e polietileno. Característica: Set de infusão com inserção de 90 graus, cânula de 8mm e tubo de 60 cm, para Sistema Accu Chek. Estéril |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para uso em pacientes com diabetes tipo 1 de difícil controle e alto risco de hipoglicemiase com indicação clínica para uso dessa tecnologia, além de mulheres gestantes com diabetes e especialmente crianças de acordo com os critérios de Protocolo Clínico para essa patologia. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. EQUIPAMENTO PORTÁTIL PARA INFUSÃO DE INSULINA BASAL. Item portátil, eletrônico, durável, alimentado por sistema de pilhas ou baterias que viabiliza a infusão contínua de insulina (basal) no subcutâneo e o cálculo de doses de insulina para alimentação e correções (bolus). Permite manuseio simples por acionamento em botões. Possibilita a monitorização contínua de glicose intersticial ou capilar, por meio de dispositivos acessórios. Necessita de itens acessórios descartáveis para transferência da insulina ao tecido subcutâneo de modo contínuo |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do Set de infusao para bomba de insulina**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não;<br>Apresenta impressão gráfica legível ( ) sim ( ) não<br>Oferece proteção ao produto ( ) sim ( ) não<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Favorece a abertura ( ) sim ( ) não<br><br>**2.3-Avaliação do produto:**<br>É compatível com o equipamento AccuChek Combo ( ) sim ( ) não<br>Material compatível ao descritivo da SES ( ) sim ( ) não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |

| | |
|---|---|
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | LEITOR: EQUIPAMENTO PARA LEITURA DE USO EM CONJUNTO COM SENSOR DE MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE INTERSTICIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 36382 | 439444 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Leitor: equipamento para leitura de uso em conjunto com sensor de monitoramento contínuo de glicose intersticial, com capacidade de armazenamento de dados por até 90 dias de uso comum. Possui tela sensível ao toque e conectividade através de porta USB, equipado com bateria recarregável de íon-lítio com duração de 7 dias de uso comum. Apresenta 7 tipos de relatórios no leitor, oferecendo condições de melhor gerenciamento dos registros de glicose. Aplicação (finalidade): Monitoramento contínuo de glicose intersticial que é técnica alternativa e complementarpara avaliação do controle da glicose empacientes com diabetes e de alto risco para hipoglicemia e mau controle glicêmico, permite a monitorização contínua rigorosa em domicílioe o gerenciamento da informação para tomada de decisões do indivíduo. Para uso integrado aos sensores inseridos no tecido subcutâneo através da pele para leitura da glicose intersticial. |
| Informação extra para justificativa da contratação | O Diabetes tipo 1 (DM1) é o resultado da destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina por mecanismos autoimunes, levando à deficiência absoluta de insulina e necessidade de reposição desse hormônio desde o diagnóstico. Acomete indivíduos em todas as faixas etárias com maior prevalência na infância e adolescência. A automonitorização (AMG) para realização do perfil glicêmico ambulatorial requer o uso de lancetas e lancetadores para a retirada do sangue capilar, tiras reagentes de glicemia para análise do resultado com uso de glicosímetros.<br>A monitorização contínua de glicose (MCG) é outro modo de aferição de glicemias, pela coleta da glicose intersticial com uso de sensores de glicose inseridos no tecido subcutâneo, que tem a durabilidade de alguns dias, com a verificação automática da glicose continuamente com visualização do resultado por meio de leitores (equipamento portátil) ou uso de equipamento celular com tecnologia NFC. A MCG melhora o segmento clínico permitindo redução das hipoglicemias, melhor controle da variabilidade e redução das internações hospitalares. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do Leitor: equipamento para leitura de uso em conjunto com sensor de monitoramento contínuo de glicose intersticial**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não<br>Apresenta data de validade ( ) sim ( ) não |

| | |
|---|---|
| | Oferece proteção ao produto ( ) sim ( ) não<br>Apresenta embalagem íntegra ( ) sim ( ) não<br>Favorece a abertura ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Sem necessidade de calibração com glicemia capilar. ( ) sim ( ) não<br>Tela sensível ao toque e conectividade através de porta USB ( ) sim ( ) não<br>Apresenta bateria recarregável de íon-lítio com duração de 7 dias de uso comum ( ) sim ( ) não<br>Apresenta opções de diferentes relatórios no leitor ( ) sim ( ) não<br>Apresenta campo para programação de intervalos alvos ( ) sim ( ) não<br>Capacidade de armazenamento de dados por até 90 dias de uso comum ( ) sim ( ) não<br>Permite registrar quantidade de carboidratos das refeições e insulina ( ) sim ( ) não<br>Possibilita transferência de dados para o computador ( ) sim ( ) não<br>Apresenta manual ilustrativo de instrução para programação e uso ( ) sim ( ) não<br>Apresenta de forma clara e rápida a tendência de glicose após cada leitura do sensor ( ) sim ( ) não<br>Compatível com sensor da SES ( ) sim ( ) não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia ( liberar apenas para SRSSO/DIRASE/GSAS1 **381713000000** e SRSCE/DIRASE/CEDOH **506512.** ) |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | SENSOR DE USO CONJUNTO COM LEITOR ESPECÍFICO, PARA MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE INTERSTISCIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 36381 | 439443 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SENSOR DE USO CONJUNTO COM LEITOR ESPECÍFICO, PARA MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE INTERSTISCIAL a ser utilizado na parte posterior do braço, de fácil aplicação sem a necessidade do auxílio de um profissional de saúde e sem calibração com glicemia capilar. Vida útil do sensor por até 14 dias, com leituras de glicose armazenadas a cada 15 minutos, sendo necessário scanner, a cada 8 horas, no mínimo, para garantir a captação dos dados de glicose de um intervalo de 24 horas. Resistente à agua, podendo suportar imersão em até um metro de água por até 30 minutos. Aplicação (finalidade): Monitoramento contínuo de glicose intersticial que é técnica alternativa e complementar para avaliação do controle da glicose em pacientes com diabetes e de alto risco para hipoglicemia e mau controle glicêmico, permite a automonitorização rigorosa em domicílio. É realizada para monitorar a glicemia conforme protocolo clínico. Dispensa a necessidade de verificação por glicemia capilar para comprovação. |
| Informação extra para justificativa da contratação | O Diabetes tipo 1 (DM1) é o resultado da destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina por mecanismos autoimunes, levando à deficiência absoluta de insulina e necessidade de reposição desse hormônio desde o diagnóstico. Acomete indivíduos em todas as faixas etárias com maior prevalência na infância e adolescência. A automonitorização (AMG) para realização do perfil glicêmico ambulatorial requer o uso de lancetas e lancetadores para a retirada do sangue capilar, tiras reagentes de glicemia para análise do resultado com uso de glicosímetros.<br>A monitorização contínua de glicose (MCG) é outro modo de aferição de glicemias, pela coleta da glicose intersticial com uso de sensores de glicose inseridos no tecido subcutâneo, que tem a durabilidade de alguns dias, com a verificação automática da glicose continuamente com visualização do resultado por meio de leitores (equipamento portátil) ou uso de equipamento celular com tecnologia NFC. A MCG melhora o segmento clínico permitindo redução das hipoglicemias, melhor controle da variabilidade e redução das internações hospitalares. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Uso de leitores específicos ou equipamentos celulares com tecnologia NFC. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classific ação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do sensor de uso conjunto com leitor específico**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( )sim ( )não |

| | |
|---|---|
| | Apresenta data de validade ( )sim ( )não<br>Oferece proteção ao produto ( )sim ( )não<br>Apresenta embalagem íntegra ( )sim ( )não<br>Favorece a abertura ( )sim ( )não<br><br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Sem necessidade de calibração com glicemia capilar ( )sim ( )não<br>Vida útil do sensor por no mínimo 14 dias ( )sim ( )não<br>Leituras de glicose armazenadas a cada 15 minutos ( )sim ( )não<br>Resistente à agua, podendo suportar imersão ( )sim ( )não<br>Apresenta aplicador de manuseio simples ( )sim ( )não<br>Apresenta manual ilustrativo de instrução para aplicação ( )sim ( )não<br>Compatível com leitor de código SES 36382 ( )sim ( )não<br><br>3-PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA<br>Hospital:<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado (Liberar apenas para SRSSO/DIRASE/GSAS1: 5007 e SRSCE/DIRASE/CEDOH: 0/506512) |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | GUARDIAN 2 LINK TRANSMISSOR (MMT 7730) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 35999 | 433466 | - | - | X | - | - | - |
| Descrição Completa | GUARDIAN 2 LINK TRANSMISSOR (MMT 7730). Aplicação (finalidade): Monitoramento contínuo de glicose intersticial. Kit Guardian2Link composto por: Guardian2Link transmissor, à prova d'água se conectado ao sensor ou plug + Carregador com 1 bateria AAA, para recarregar o transmissor (dispositivo acessório para carregar a bateria contida no transmissor) + Dispositivo teste ) - para testar o transmissor (opera como um simulador de sensor) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Material utilizado para monitoramento contínuo de glicose intersticial que é técnica complementar para uso em conjunto com o sistema de infusão contínua de insulina o qual permite o cálculo adequado do bolus e permite a avaliação do controle da glicose em pacientes com diabetes de alto risco para hipoglicemia e mau controle glicêmico. Permite a monitorização contínua rigorosa em domicílio e o gerenciamento da informação para tomada de decisões do indivíduo.<br>Utilizado conforme protocolo clínico por pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 1 e mulheres DM1 em fase pré concepcional ou concepcional em usuários de sistema de infusão contínua de insulina. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KT - KIT | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Utilizado em conjunto com o Sistema de Infusão Contínua de Insulina - 640G | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do guardian 2 link transmissor (mmt 7730)**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( )sim ( )não<br>Apresenta data de validade ( )sim ( )não<br>Oferece proteção ao produto ( )sim ( )não<br>Apresenta embalagem íntegra ( )sim ( )não<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Composição compatível com o solicitado ( )sim ( )não<br>Possui carregador com 1 bateria AAA( )sim ( )não<br>Dispositivo acessório para carregar a bateria contida no transmissor ( )sim ( )não<br>Dispositivo teste ( )sim ( )não<br>a prova d´água ( )sim ( )não<br>Apresenta manual ilustrativo de instrução para aplicação ( )sim ( )não | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 3-PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA<br>Hospital:<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 amostra, quando solicitado |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | FARMÁCIA CENTRAL |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.endocrinologia@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | SENSOR DE GLICOSE ENLITE (MMT 7008) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 36189 | 433466 | - | - | X | - | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | SENSOR DE GLICOSE ENLITE (MMT 7008) É UM ACESSÓRIO COMPLEMENTAR QUE MEDE A GLICOSE CONTINUAMENTE NO FLUIDO INTERSTICIAL, COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO DE SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA MINIMED PARADIGMA (640 G MMT 1752). Aplicação (finalidade): acessório que permite a monitorização da glicose em meio intersticial para verificação de glicose de modo contínuo por no mínimo 06 (seis) dias. Composição: semidisco em material resistente com monofilamento para inserção por meio da pele até o interstício. Tamanho/Capacidade: Comprimento= 8,75mm; Volume= 1,0mm3; Peso= 71,2g; 144 horas no tecido subcutâneo. A leitura da glicose intersticial é efetuada de modo contínuo por meio de microelétrodo inserido através da pele no tecido subcutâneo devidamente certificados pela ANVISA, acondicionados, estéreis, detentores de boa acurácia, fácil manuseio, disponibilidade de software que permita o fornecimento dos dados do perfil glicêmico individuais e em gráficos visando a melhor avaliação e interpretação do controle glicêmico, segundo detalhamentos técnicos. Embalagem: Caixa com 05 (cinco) unidades de sensor de glicose Enlite (MMT 7008) e 10 adesivos externos. Material descartável. |
| Informação extra para justificativa da contratação | O Sensor de Glicose ENLITE (MMT 7008) é composto de microeletrodos com cobertura fina de camadas da enzima glicose oxidase para biocompatibilidade da membrana. A agulha-guia metalizada é introduzida no subcutâneo e depois é retirada, permanecendo somente o Sensor de Glicose. Recomenda-se o uso de cada Sensor por 144 horas no tecido subcutâneo. É utilizado com os produtos Medtronic: Bomba de Insulina Minimed™640G. |
| Tipo de apresentação | CX - CAIXA |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Utilizado em conjunto com o Sistema de Infusão Contínua de Insulina - 640G |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do SENSOR DE GLICOSE ENLITE (MMT 7008)**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( )sim ( )não<br>Apresenta data de validade ( )sim ( )não<br>Oferece proteção ao produto ( )sim ( )não<br>Apresenta embalagem íntegra ( )sim ( )não<br>Favorece a abertura ( )sim ( )não<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Composição e apresentação compatíveis com o solicitado ( )sim ( )não |

| | |
|---|---|
| | Dimensões compatíveis com o solicitado ( )sim ( )não<br>Leitura contínua por microeletrodo ( )sim ( )não<br>Possui boa acurácia ( )sim ( )não<br>Fácil manuseio ( )sim ( )não<br>Disponibilidade de software que fornece dados individuais e em gráficos ( )sim ( )não<br>Possui compatibilidade com o sistema de infusão contínua de insulina 640G MMT 1752 ( )sim ( )não<br>Apresenta manual ilustrativo de instrução para aplicação ( )sim ( )não<br><br>3-PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA<br>Hospital:<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 amostra se necessário |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.endocrinologia@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | TIRA REAGENTE PARA USO NO MONITOR DE GLICEMIA ACCU-CHEK PERFORMA QUE ACOMPANHA O SISTEMA DE INFUSAO CONTINUA DE INSULINA ACCU-CHEK COMBO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 25667 | 339565 | - | - | X | - | - | - |
| Descrição Completa | TIRA REAGENTE PARA USO NO MONITOR DE GLICEMIA ACCU-CHEK PERFORMA QUE ACOMPANHA O SISTEMA DE INFUSAO CONTINUA DE INSULINA ACCU-CHEK COMBO. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A glicemia capilar (GC) é técnica fundamental para avaliação do controle da glicose em uso de SICI visando a automonitorização glicêmica rigorosa e que permite o cálculo de bolus de insulina conforme protocolo clínico.<br>Para uso em equipamentos portáteis denominados glicosímetros – SMART CONTROL, que devem ser compatíveis com as tiras e tem capacidade de enviar dados a distância para o equipamento de SICI. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Glicosímetros Accu Chek Petrforma – SMART CONTROL | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | Protocolo de avaliação da TIRA REAGENTE PARA USO NO MONITOR DE GLICEMIA ACCU-CHEK<br><br>1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Quanto a Embalagem:<br>Apresenta data de fabricação ( )sim ( )não<br>Apresenta data de validade ( )sim ( )não<br>Oferece proteção ao produto ( )sim ( )não<br>Apresenta embalagem íntegra ( )sim ( )não<br>Favorece a abertura ( )sim ( )não<br><br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Composição compatível com o solicitado ( )sim ( )não<br>Indicado para monitor de glicemia ACCU-CHEK PERFORMA/SMART CONTROL ( )sim ( )não<br>Fácil manuseio ( )sim ( )não<br>Apresenta manual ilustrativo de instrução para aplicação ( )sim ( )não<br><br>3-PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Hospital:<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 amostra, se necessário |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | FARMÁCIA CENTRAL |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.endocrinologia@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Descrição Resumida | LANCETA DESCARTAVEL PARA LANCETADOR ACCU-CHEK FASTCLIX | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 25688 | 303151 | - | - | X | - | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | LANCETA DESCARTAVEL PARA LANCETADOR ACCU-CHEK FASTCLIX |
| Informação extra para justificativa da contratação | A glicemia capilar (GC) é técnica fundamental para avaliação do controle da glicose em uso de SICI visando a automonitorização glicêmica rigorosa e que permite o cálculo de bolus de insulina conforme protocolo clínico.<br>As lancetas permitem a punção do sangue em ponta do dedo ou outra área. Para uso em pessoas com diabetes em uso sistema de infusão contínua de insulina e permite verificação de glicemia capilar em média em seis verificações ao dia. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)Para uso em lancetas específicas FASTCLIX de uso individual. | LANCETADOR ACCU-CHEK FASTCLIX |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação da LANCETA DESCARTAVEL PARA LANCETADOR ACCU-CHEK FASTCLIX**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Apresenta data de fabricação ( )sim ( )não<br>Apresenta data de validade ( )sim ( )não<br>Oferece proteção ao produto ( )sim ( )não<br>Apresenta embalagem íntegra ( )sim ( )não<br>Favorece a abertura ( )sim ( )não<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Composição compatível com o solicitado ( )sim ( )não<br>Compatível com o lancetdor ACCU-CHECK FASTCLIX ( )sim ( )não<br>Fácil manuseio ( )sim ( )não<br>Apresenta manual ilustrativo de instrução para aplicação ( )sim ( )não<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? SIM NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital: |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 amostra, se necessário |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado (Liberar apenas para SRSSO/DIRASE/GSAS1: 5007 e SRSCE/DIRASE/CEDOH: 0/506512) |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.endocrinologia@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endocrinologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | ADESIVO TISSULAR A BASE DE MONÔMEROS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 35498 | 437888 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Adesivo tissular a base de monômeros de N-2-ButilCianoacrilato que rapidamente se polimerizam em contato com fluidos teciduais. Utilizado para fechamento depequenas feridas ou lesões em pele durante cirurgia . |
| Informação extra para justificativa da contratação | Trata-se de uma substância utilizada por multiplas áreas, com a finalidade de esclerosar vasos. É obrigatória a sua diluição em óleo de papoula para uso em endoscopia. |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Aparelho de endoscopia |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – adesivo tissular a base de cianoacrilato**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>A data de vencimento do produto é de no mínimo 75% do prazo de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>A apresentação é a solicitada no termo de referência ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>A quantidade do produto por unidade corresponde ao solicitado no termo de referência ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>_ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Necessidade de aquisição em lote com o item 2569, uma vez que não é possível usar este material de forma isolada. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endoscopia |

| Descrição Resumida | BOCAL PARA ENDOSCOPIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 11215 | 475102 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | BOCAL PARA ENDOSCOPIA - Aplicação: para proteção dos aparelhos endoscópios. Material: compostos plásticos atóxicos, apirogênicos, resistentes à mordedura que não se deformam. Características adicionais: formato anatômico para evitar lesões na cavidade oral, sem abaixador de língua, presença de dispositivo de segurança em torno da cabeça que permita a fixação do bocal à cavidade oral e que sejam passíveis de reuso após reprocessamento. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A utilização do bocal aumenta a durabilidade (vida útil) dos dispositivos e dos instrumentais utilizados durante o procedimento endoscópico por impedir a mordedura destes, pelo paciente, quando da aplicação da técnica endoscópica.<br><br>Como a maioria dos bocais disponível no mercado é feita de material macio, a utilização deste dispositivo aumenta o conforto do paciente durante o procedimento, evitando mordeduras e lesões traumáticas na cavidade oral. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Aparelho de endoscopia | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – adesivo tissular a base de cianoacrilato**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Composição compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Resistente à mordedura ( ) SIM ( ) NÃO ( )<br>Possui formato anatômito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Sem abaixador de língua ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui dispositivo para fixação ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Permite reuso após reprocessamento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Endoscopia |

## GRUPO: GINECOLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | PAPEL TERMOSSENSÍVEL PARA CARDIOTOCÓGRAFO COMPATÍVEL COM O MODELO SÉRIE 170 DA COROMETRIS (GE MEDICAL SYSTEMS) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 34536 | 454803 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Papel Termossensível para CARDIOTOCÓGRAFO compatível com o Modelo Série 170 da Corometris (GE Medical Systems), quadriculado (zebrado) com dobra em Z, com 152 x 90 cm, escala da frequência cardíaca 30-240 bpm. Forma de apresentação: BLOCO com 160 folhas. Função: Registrar Movimentos Fetais, Frequência Cardíaca Fetal e Contrações Uterinas. Composição: Papel Termossensível. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | BL - BLOCO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – papel termossensível para cardiotocógrafo**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Papel Termossensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quadriculado (zebrado) com dobra em Z ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentação em bloco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho está de acordo o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>_ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | PAPEL DE IMPRESSÃO TERMOSSENSÍVEL PARA CARDIOTOCÓGRAFO COMPATÍVEL COM O MODELO BISTOS BT-300 (WEN) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 34486 | 438063 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Papel de impressão Termossensível para CARDIOTOCÓGRAFO compatível com o modelo Bistos BT-300 (WEN), quadriculado (zebrado) com dobra em Z, com 120 x 130 cm, escala da frequência cardíaca 30-240 bpm. Forma de apresentação: BLOCO com 200 folhas. Função: Registrar Movimentos Fetais, Frequência Cardíaca Fetal e Contrações Uterinas. Composição: Papel de impressão Termossensível. |
| Informação extra para justificativa da contratação | |
| Tipo de apresentação | BL - BLOCO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – papel termossensível para cardiotocógrafo**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Papel Termossensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quadriculado (zebrado) com dobra em Z ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentação em bloco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material está de acordo o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:** |

| | |
|---|---|
| | Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | PAPEL DE IMPRESSÃO TERMOSSENSÍVEL PARA CARDIOTOCÓGRAFO COMPATÍVEL COM O MODELO HUNTLEIGH-SONICAID | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 11680 | | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Papel de impressão Termossensível para CARDIOTOCÓGRAFO compatível com o modelo Huntleigh-Sonicaid. Tamanho/Capacidade: quadriculado (zebrado) com dobra em Z, com 140 x 150 cm, escala da frequência cardíaca 30-240 bpm.Forma de apresentação: BLOCO com 300 folhas. Função: Registrar Movimentos Fetais, Frequência Cardíaca Fetal e Contrações Uterinas. Características adicionais: Papel de impressão Termossensível. |
| Informação extra para justificativa da contratação | - |
| Tipo de apresentação | BL - BLOCO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – papel termossensível para cardiotocógrafo**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Papel Termossensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quadriculado (zebrado) com dobra em Z ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentação em bloco ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material está de acordo o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CATETER BALÃO PARA TAMPONAMENTO UTERINO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37692 | 463675 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CATETER BALÃO PARA TAMPONAMENTO UTERINO. Aplicação (finalidade): Tratar hemorragia pós-parto (HPP) por atonia uterina. Composição: Material de silicone macio radiopaco. Tamanho/Capacidade: volume capacidade máxima até 500 ml. Características adicionais: montado em sonda duplo lúmen, com 2 vias, uma via para insuflação do balão com válvula antirrefluxo, com o objetivo de tamponar o útero e uma via para drenagem de sangue intrauterino e infusão de drogas. Comprimento Cateter: 50 cm +/-5%. Acompanhado de 02 (duas) seringas de 50 ml e um conector perfurante para bolsa de infusão com válvula antirrefluxo. Aplicação: intrauterino, Tipo uso: descartável, Esterilidade: estéril. Processo de Esterilização: ESTÉRIL, USO ÚNICO, DESCARTÁVEL. Prazo de validade: 75% do prazo total de validade do produto. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Tratar hemorragia pós-parto (HPP) por atonia uterina. |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – cateter balão para tamponamento uterino**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>A apresentação é a solicitada no descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Volume capacidade máxima até 500 ml ( )SIM ( )NÃO<br>Sonda duplo lúmen, com 2 vias ( )SIM ( )NÃO<br>Uma via para insuflação do balão com válvula antirrefluxo ( )SIM ( )NÃO<br>Uma via para drenagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Comprimento Cateter: 50 cm +/-5% ( ) SIM ( ) NÃO<br>02 (duas) seringas de 50 ml ( ) SIM ( ) NÃO<br>Conector perfurante para bolsa de infusão com válvula antirrefluxo ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | **3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | SERINGA DE ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37698 | 459178 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Seringa de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: Capacidade de volume máximo até 60 ml, Capacidade de sucção entre 600 e 660 mmHg.Características adicionais: Aspirador manual, tipo: intrauterino, tipo: seringa, componente: válvula dupla, esterilidade: estéril, uso único, descartável. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Para a aspiração manual intrauterina (AMIU) |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU)**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>A apresentação é a solicitada no descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de volume máximo até 60 ml ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____ |

| | |
|---|---|
| | Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 4 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37700 | 474821 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 4 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste semirrígida, graduada, calibre: 4mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 5 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37701 | 474822 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 5 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste: haste semirrígida, graduada, calibre: 5 mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único, descartável. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>_ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 6 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37702 | 474823 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 6 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste: haste semirrígida, graduada, calibre: 6 mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único, descartável. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>_ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 7 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37710 | 474824 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 7 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste: haste semirrígida, graduada, calibre: 7 mm, conector: conector padrão, esterilidade: estéril, uso único, descartável. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>_ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 8 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37711 | 474825 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 8 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste semirrígida, graduada, calibre: 8 mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ |

| | |
|---|---|
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 9 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37712 | 474826 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 9 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste semirrígida, graduada, calibre: 9 mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 10 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37713 | 474827 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 10 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste semirrígida, graduada, calibre: 10 mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 12 MM, COM CONECTOR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 37714 | 474828 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CÂNULA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA DE 12 MM, COM CONECTOR. Aplicação (finalidade): Aspiração manual intrauterina (AMIU). Composição: Material PVC. Tamanho/Capacidade: comprimento 22 cm +/- 5%. Características adicionais: material: polímero, ponta distal fechada, com orifícios laterais, haste semirrígida, graduada, calibre: 12 mm, conector padrão, esterilidade: estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | **Aspiração manual intrauterina (AMIU), no esvaziamento uterino para o tratamento do abortamento incompleto, doença trofoblástica gestacional e biópsia endometrial no sangramento uterino anormal.** |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Sim. Seringa de aspiração manual intrauterina (AMIU) – código SES 37698 |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – Cânula aspiração manual intrauterina**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho/ compirmento compatível com o desrcitivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui conector padrão ( ) SIM ( ) NÃO<br>Haste semirrígida,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

| Descrição Resumida | KIT DE TUBOS PARA VIDEOHISTEROSCOPIA COMPATIVEL COM O SISTEMA DE BOMBA HAMOU ENDOMAT DA MARCA KARL STORZ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 22453 | 386406 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | KIT DE TUBOS PARA VIDEOHISTEROSCOPIA COMPATIVEL COM O SISTEMA DE BOMBA HAMOU ENDOMAT DA MARCA KARL STORZ - Aplicação: circuito de tubos para injeção de líquidos na cavidade uterina através de bomba, indispensável na cirurgia videohisteroscópica, Material: PVC maleável e silicone, Características Adicionais: compatível com sistema de bomba Hamou Endomat da marca Karl Storz, com dois conectores universais compatíveis com o recipiente para líquidos dos diversos modelos e fabricantes, com tampa e corta fluxo tipo pinça nas duas vias, uso único, descartável. Processo De Esterilização: Estéril, Forma De Apresentação: embalagem individual. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Realização de procedimentos na cavidade uterina com endoscopia, videohisteroscopia cirúrgica. Indispensável para a realização de procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos por videohisteroscopia para o tratamento cirúrgico de lesões e agravos ginecológicos e reprodutivos, como infertilidade, septo uterino, mioma uterino e pólipos endometriais. |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA Hamou Endomat da marca Karl Storz |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação – KIT DE TUBOS PARA VIDEOHISTEROSCOPIA COMPATIVEL COM O SISTEMA DE BOMBA HAMOU ENDOMAT DA MARCA KARL STORZ**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica<br><br>**2.2- Avaliação do produto:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatível com o equipamento bomba Hamou Endomat da marca Karl Storz ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui dois conectores padrão, compatíveis com frascos de soluções ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui pinça corta fluxo,( ) SIM ( ) NÃO<br>Esterilidade: estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atende a finalidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** |

| | |
|---|---|
| | Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central |
| Vida útil do item | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ginecologia |

## GRUPO: NEFROLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | EQUIPO DE SAIDA - LINHA VENOSA PARA HEMODIALISE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 91118 | 406714 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | EQUIPO DE SAÍDA - LINHA VENOSA, ESTÉRIL, Aplicação: hemodiálise. Material: PVC atóxico. Características Adicionais: Transparente, flexível, com filtro, espessura 6mm, com conexões para medicação, com corta fluxo resistente. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | As Linhas para hemodiálise - arterial de entrada e venosa de saída - são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem as quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF.<br>São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica. As linhas arterial e venosa são conectadas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise e aos dialisadores, o que possibilita o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana.<br>Além disso, as linhas são utilizadas ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e as linhas são utilizadas apenas uma vez pelo risco de contaminação.<br>As linhas arterial e venosa são, então, essenciais e, no momento, insubstituíveis. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| | **Protocolo de avaliação de amostras de linha venosa, linha arterial e linha de substituição dialog hdf para hemodiálise**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura com técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação aos dialisadores com segurança ( ) SIM ( ) NÃO Favorece a adaptação às agulhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui capacidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa resistência ( ) SIM ( ) NÃO Apresenta maleabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clamp (pinça) de segurança ( ) SIM ( ) NÃO Possui catabolha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Boa fixação do filtro no catabolha ( ) SIM ( ) NÃO<br>O circuito apresenta boa vedação contra vazamentos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui padronização por cor (azul para linha venosa) ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.3- Compatibilidade com o descritivo SES-DF:**<br>Está de acordo com o descritivo da SES-DF ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3-PARECER FINAL**:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | LINHA ARTERIAL DE ENTRADA SIMPLES PARA HEMODIÁLISE 8 MM | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré -hopsitalar |
| 24558 | 406720 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | LINHA ARTERIAL DE ENTRADA SIMPLES PARA HEMODIÁLISE, Aplicação: leitura de pressão pré-bomba de uso em hemodiálise, Material: PVC Tamanho/Capacidade: 8mm, Características Adicionais: atóxico, estéril e apirogênico, embalado individualmente em embalagem íntegra que permita sua abertura de forma asséptica, com dados de procedência, validade, número do lote e registro no ministério da saúde, Processo De Esterilização: estéril. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As Linhas para hemodiálise - arterial de entrada e venosa de saída - são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem as quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF.<br><br>São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica. As linhas arterial e venosa são conectadas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise e aos dialisadores, o que possibilita o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana.<br><br>Além disso, as linhas são utilizadas ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e as linhas são utilizadas apenas uma vez pelo risco de contaminação.<br><br>As linhas arterial e venosa são, então, essenciais e, no momento, insubstituíveis. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de linha venosa, linha arterial e linha de substituição dialog hdf para hemodiálise**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ |

| | |
|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura com técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação aos dialisadores com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação às agulhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui capacidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta maleabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clamp (pinça) de segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui catabolha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Boa fixação do filtro no catabolha ( ) SIM ( ) NÃO<br>O circuito apresenta boa vedação contra vazamentos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui padronização por cor (azul para linha venosa) ( ) SIM ( ) NÃO<br>2.3- Compatibilidade com o descritivo SES-DF:<br>Está de acordo com o descritivo da SES-DF ( ) SIM ( ) NÃO<br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | LINHA DE SUSBSTITUIÇÃO DE HEMODIÁLISE DIALOG HDF | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 24561 | 425422 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | LINHA DE SUSBSTITUIÇÃO DE HEMODIÁLISE DIALOG HDF, Aplicação: transporte da solução de reposição online preparada nas máquinas de hemodiálise em terapias de hemodiafiltração online, Material: tubos de PVC, Tamanho/Capacidade: diâmetros internos e externos correspondentes a 6 e 10 mm. Comprimento total de 128 mm com 1 válvula de segurança de não-retorno removível na extremidade que se conecta ao circuito extracorpóreo, Características Adicionais: atóxico, estéril e apirogênico. Item exclusivo para funcionamento da máquina DIALOG HDF online marca B. BRAUN. A detentora da marca é a única empresa fornecedora, processo de esterilização: radiação gama. |
| Informação extra para justificativa da contratação | As Linhas para hemodiálise - arterial de entrada e venosa de saída - são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem as quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF.<br><br>São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica. As linhas arterial e venosa são conectadas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise e aos dialisadores, o que possibilita o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana.<br><br>Além disso, as linhas são utilizadas ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e as linhas são utilizadas apenas uma vez pelo risco de contaminação.<br><br>As linhas arterial e venosa são, então, essenciais e, no momento, insubstituíveis. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de linha venosa, linha arterial e linha de substituição dialog hdf para hemodiálise**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ |

| | |
|---|---|
| | 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura com técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação aos dialisadores com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação às agulhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui capacidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa resistência ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta maleabilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clamp (pinça) de segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui catabolha ( ) SIM ( ) NÃO<br>Boa fixação do filtro no catabolha ( ) SIM ( ) NÃO<br>O circuito apresenta boa vedação contra vazamentos ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui padronização por cor (azul para linha venosa) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.3- Compatibilidade com o descritivo SES-DF:<br>Está de acordo com o descritivo da SES-DF ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br><br>Nome ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Sim, a linha de substituição deve ser comprada em lote com o filtro de substituição. Entretanto, o filtro também é utilizado para outras funções e não apenas em conjunto com a linha. Ou seja, não pode comprar a linha se não tiver filtro, mas o filtro deve ser comprado independentemente de ter a linha |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | AGULHA PARA FISTULA ARTERIO-VENOSA 16X01, ESTERIL, PARA USO EM HEMODIÁLISE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 91049 | 439888 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | AGULHA PARA FISTULA ARTERIO-VENOSA 16X01, ESTÉRIL, Aplicação: em hemodiálise, Material: Cânula aço inox. Características Adicionais: 16 x 01; com bisel; sem mandril. Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Na hemodiálise a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, que pode ser um cateter ou uma fístula arteriovenosa (FAV). Neste último caso, utiliza-se agulhas para a punção desta FAV e conexão às linhas arteriais e venosas, para prosseguimento do procedimento.<br><br>As agulhas utilizadas na punção de FAV são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem os quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF. São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal crônica. O dialisador é conectado à linhas e estas às agulhas que puncionam a fístula para hemodiálise, possibilitando assim o início da terapia.<br><br>Os pacientes necessitam deste insumo, caso contrário sua TRS é impossível de ocorr er por meio da FAV, evidenciando a importãncia deste material, em reduzir o risco de morbi-mortalidade. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de agulhas para fístula arteriovenosa**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Validade:_____<br>Esterilização/ fabricação:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | 2.2- Avaliação do Produto:<br>Tamanho da agulha compatível com o descritivo técnico () SIM ( ) NÃO<br>Agulha possui biselatraumático (fácil corte, minimizando a dor do paciente) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho do tubo compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clamp (pinça) de segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui dispositivo de segurança para agulha após o uso (NR- 32) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Nâo |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia. |

| Descrição Resumida | AGULHA PARA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA 17X1, ESTÉRIL, PARA USO EM HEMODIÁLISE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 12170 | 439887 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | AGULHA PARA FISTULA ARTERIO-VENOSA 17G X 1, ESTÉRIL. Aplicação:indicada para punção de fístula artério-venosa com finalidade de realizar a hemodiálise. Material:metal(agulha) e PVC(tubo). Características adicionais: agulha de metal com borboleta para fixação na pele e tubo flexível de PVC plastificado de grau médico de aproximadamente 30cm de comprimento, com pinça acoplada(trava clamp) e fechamento em tampa de rosca(luerlok). Embalagem individual em papel grau cirúrgico, que permita a abertura em técnica asséptica, capaz de assegurar a esterilidade do produto durante o transporte, armazenamento, até o momento do uso. Apresentação: embalagem individual acondicionada em caixa. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Na hemodiálise a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, que pode ser um cateter ou uma fístula arteriovenosa (FAV). Neste último caso, utiliza-se agulhas para a punção desta FAV e conexão às linhas arteriais e venosas, para prosseguimento do procedimento.<br><br>As agulhas utilizadas na punção de FAV são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem os quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF. São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal crônica. O dialisador é conectado à linhas e estas às agulhas que puncionam a fístula para hemodiálise, possibilitando assim o início da terapia.<br><br>Os pacientes necessitam deste insumo, caso contrário sua TRS é impossível de ocorrer por meio da FAV, evidenciando a importãncia deste material, em reduzir o risco de morbi-mortalidade. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de agulhas para fístula arteriovenosa**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Validade:_____<br>Esterilização/ fabricação:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Suficiente área de selagem ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Avaliação do Produto:<br>Tamanho da agulha compatível com o descritivo técnico () SIM ( ) NÃO<br>Agulha possui biselatraumático (fácil corte, minimizando a dor do paciente) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho do tubo compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clamp (pinça) de segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui dispositivo de segurança para agulha após o uso (NR- 32) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Nâo |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | DIALISADOR DE ALTO FLUXO COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,9 A 2,1 M2, MEMBRANA BIOCOMPATÍVEL, ESTÉRIL. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 35385 | 454381 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | DIALISADOR DE ALTO FLUXO COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,9 A 2,1 M2, MEMBRANA BIOCOMPATÍVEL, ESTÉRIL. Aplicação: hemodiálise. Material: membrana sintética biocompatível de polisulfona, polietersulfona ou poliamida, com áreas de superfície de 1,9 a 2,1 m2, podendo variar 0,1 m2 a mais ou a menos. Uso único. Esterilização a vapor ou raios gama. Acondicionamento: embalado individualmente em invólucro que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade e integridade do produto durante o trasnporte e armazenamento até seu uso. Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Os dialisadores são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem os quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF. São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica e na Insuficiência renal aguda. O dialisador é conectado à linhas e estas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise, que possibilitam o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana. Além disso, os dialisadores são utilizados ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e o dialisador é utilizado apenas uma vez pelo risco de contaminação. Os dialisadores são então essenciais e, insubstituíveis. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de dialisadores**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Validade:_____<br>Esterilização/ fabricação:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br>**2.Avaliação da embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( )NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( )SIM ( )NÃO<br>Possui identificação completa ( )SIM ( )NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 2.2 –Quanto ao produto:<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( )SIM ( )NÃO<br>Possui capacidade adequada ao proposto ( )SIM ( )NÃO<br>Apresenta suspeita ou constatação de rotura da membrana ( )SIM ( )NÃO<br>Possui solução de continuidade entre o compartimento de sangue e o exterior ( )SIM ( )NÃO<br>Possui membrana biocompatível/polissulfona ( )SIM ( )NÃO<br>O método de esterilização é descrito na embalagem ( )SIM ( )NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,9 A 2,1 M2, MEMBRANA BIOCOMPATÍVEL, ESTÉRIL. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 35384 | 454381 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,9 A 2,1 M2, MEMBRANA BIOCOMPATÍVEL, ESTÉRIL. Aplicação: hemodiálise. Material: membrana sintética biocompatível de polisulfona, polietersulfona ou poliamida, com áreas de superfície de 1,9 a 2,1 m2, podendo variar 0,1 m2 a mais ou a menos. Uso único. Esterilização a vapor ou raios gama. Acondicionamento: embalado individualmente em invólucro que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade e integridade do produto durante o transporte e armazenamento até seu uso. Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Os dialisadores são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem os quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF. São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica e na Insuficiência renal aguda. O dialisador é conectado à linhas e estas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise, que possibilitam o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana. Além disso, os dialisadores são utilizados ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e o dialisador é utilizado apenas uma vez pelo risco de contaminação. Os dialisadores são então essenciais e, insubstituíveis. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de dialisadores**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Validade:_____<br>Esterilização/ fabricação:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação da embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Oferece proteção ao produto ( )SIM ( )NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( )SIM ( )NÃO<br>Possui identificação completa ( )SIM ( )NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO<br><br>2.2 –Quanto ao produto:<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( )SIM ( )NÃO<br>Possui capacidade adequada ao proposto ( )SIM ( )NÃO<br>Apresenta suspeita ou constatação de rotura da membrana ( )SIM ( )NÃO<br>Possui solução de continuidade entre o compartimento de sangue e o exterior ( )SIM ( )NÃO<br>Possui membrana biocompatível/polissulfona ( )SIM ( )NÃO<br>O método de esterilização é descrito na embalagem ( )SIM ( )NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM AREA DE SUPERFICIE DE 1,7 A 1,8 M2, MEMBRANA DE POLIETERSULFONA, ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 33373 | 454382 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM AREA DE SUPERFICIE DE 1,7 A 1,8 M2, MEMBRANA DE POLIETERSULFONA, ESTERIL. Aplicação: hemodiálise. Material: membrana sintética confeccionada em polietersulfona. Características adicionais: esterilizado em raio gama ou vapor, embalado individualmente em invólucro que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Os dialisadores são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem os quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF. São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica e na Insuficiência renal aguda. O dialisador é conectado à linhas e estas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise, que possibilitam o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana. Além disso, os dialisadores são utilizados ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e o dialisador é utilizado apenas uma vez pelo risco de contaminação. Os dialisadores são então essenciais e, insubstituíveis. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de dialisadores**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Validade:_____<br>Esterilização/ fabricação:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação da embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Oferece proteção ao produto ( )SIM ( )NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( )SIM ( )NÃO<br>Possui identificação completa ( )SIM ( )NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO<br><br>2.2 –Quanto ao produto:<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( )SIM ( )NÃO<br>Possui capacidade adequada ao proposto ( )SIM ( )NÃO<br>Apresenta suspeita ou constatação de rotura da membrana ( )SIM ( )NÃO<br>Possui solução de continuidade entre o compartimento de sangue e o exterior ( )SIM ( )NÃO<br>Possui membrana biocompatível/polissulfona ( )SIM ( )NÃO<br>O método de esterilização é descrito na embalagem ( )SIM ( )NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM AREA DE SUPERFICIE DE 1,0 A 1,3 M2, MEMBRANA DE POLISULFONA, ESTERIL | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 33372 | 454380 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | DIALISADOR DE BAIXO FLUXO COM AREA DE SUPERFICIE DE 1,0 A 1,3 M2, MEMBRANA DE POLISULFONA, ESTERIL. Aplicação: hemodiálise. Material: membrana sintética composta por polisulfona. Características adicionais: esterilizado em raio gama ou vapor, embalado individualmente em invólucro que permita a abertura em técnica asséptica e que assegure a esterilidade do produto durante o transporte e armazenamento até o seu uso. Apresentação: embalagens individuais acondicionadas em caixa. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Os dialisadores são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, sem os quais não há possibilidade da realização de sessões de hemodiálise na SES-DF. São utilizados para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica e na Insuficiência renal aguda. O dialisador é conectado à linhas e estas às agulhas que puncionam a fístula ou aos cateteres de duplo lúmen para hemodiálise, que possibilitam o fluxo de sangue e administração de medicamentos, caso o paciente necessite, durante a sessão de hemodiálise. Este circuito composto pelo dialisador e linhas é conectado à máquina de hemodiálise que permite a programação dos parâmetros de que o paciente precisa para depletar o excesso de eletrólitos e escórias nitrogenadas, uma vez que o funcionamento do rim não permite mais este equilíbrio sem uma terapia adjuvante. Os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise como tratamento, quase sempre realizam sessões três vezes por semana. Além disso, os dialisadores são utilizados ainda para o tratamento de pacientes em Insuficiência Renal Aguda, desencadeada por quadros de sepse e outras condições clínicas. Este tipo de sessão é geralmente realizada em Unidades de Terapia Intensiva, e o dialisador é utilizado apenas uma vez pelo risco de contaminação. Os dialisadores são então essenciais e, insubstituíveis. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de dialisadores**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Validade:_____<br>Esterilização/ fabricação:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br><br>**2.Avaliação da embalagem:**<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Possui proteção quanto à perfuração ( )SIM ( )NÃO<br>Possui identificação completa ( )SIM ( )NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( )NÃO<br><br>2.2 –Quanto ao produto:<br>Tamanho compatível com o descritivo técnico ( )SIM ( )NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( )SIM ( )NÃO<br>Possui capacidade adequada ao proposto ( )SIM ( )NÃO<br>Apresenta suspeita ou constatação de rotura da membrana ( )SIM ( )NÃO<br>Possui solução de continuidade entre o compartimento de sangue e o exterior ( )SIM ( )NÃO<br>Possui membrana biocompatível/polissulfona ( )SIM ( )NÃO<br>O método de esterilização é descrito na embalagem ( )SIM ( )NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | ISOLADOR DE PRESSAO DO MANOMETRO P/MAQUINA DE HEMODIÁLISE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 7643 | 318871 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Isolador de pressao do manometro p/maquina de hemodialise | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O isolador de pressão para máquina de hemodiálise, é utilizado como barreira protetora descartável de monitores de pressão dos equipamentos de hemodiálise. Fabricado com uma membrana hidrófoba, evitando a contaminação do sistema pelo sangue do paciente durante o tratamento hemodialítico.<br>Podem ser utilizados para medição tanto do sangue arterial quanto venoso. O<br><br>transdutor deve ser conectado à linha de sangue através de seu “luer lock” macho e ao equipamento dialisador pelo seu “luer lock” fêmea, o qual conecta-se à máquina com segurança sem vazamento de ar.<br><br>O produto é estéril, apirogênico, atóxico, descartável (de uso único), embalado individualmente. Esterilizado em óxido de etileno. Sem este material, não há possibilidade de realização do procedimento, portanto é indispensável para o tratamento hemodiálitico dos pacientes renais, sejam eles agudos ou crônicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: crp e cbpf para os produtos com classificação de risco iii e iv, de acordo com a rdc vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de isolador de pressão do manometro p/maquina de hemodialise**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Validade:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Esterilização/fabricação:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2-AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Permite abertura asséptica ( )SIM ( )NÃO<br>Impressão gráfica legível ( )SIM ( )NÃO<br>Área de selagem adequada ( )SIM ( )NÃO<br>Embalagem íntegra ( )SIM ( )NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( )SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 2.2 –Quanto ao produto:<br>Apresenta-se íntegro ( )SIM ( )NÃO<br>Apresenta material PVC ( )SIM ( )NÃO<br>É Luer-lock com extremidades macho/fêmea ( )SIM ( )NÃO<br>É rígido ( )SIM ( )NÃO<br>É transparente ( )SIM ( )NÃO<br>É apirogênico ( )SIM ( )NÃO<br>Registro de ser de uso único ( )SIM ( )NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | FILTRO PARA FLUÍDO DE DIÁLISE DIALOG HDF | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 24560 | 454370 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FILTRO PARA FLUÍDO DE DIÁLISE DIALOG HDF, Aplicação: remover bactérias e pirogênicos, utilizado na fabricação de fluído de diálise de alta pureza e preparação de soluções de reposição para processos HBD e HB on-line, usadas durante o tratamento, Características Adicionais: atóxico, estéril e apirogênico; item exclusivo para funcionamento da máquina DIALOG HDF on line marca B. BRAUN. A detentora da marca é a única empresa fornecedora. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Este material Filtro Pirogênico para máquina de hemodiálise, é de extrema relevância para o atendimento de pacientes com necessidade de diálise em unidades que realizam hemodiafiltração, processo que é requerido em pacientes críticos em UTI. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Existe na secretaria de saúde do DF dois serviços (unidades de terapia intensiva) do HRAN, HRT, que possuem máquinas de hemodiálise da marca BBraun e que necessita dos Filtros Pirogênicos para seu funcionamento, e somente item exclusivo para funcionamento pois as máquinas DIALOG HDF on line marca B. BRAUN, é a única empresa fornecedora. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de filtros pirogênicos**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Validade:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Esterilização/fabricação:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Inscrição como avaliação da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atóxico, estéril e apirogênico ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:** |

| | |
|---|---|
| | Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui capacidade adequada ao proposto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta suspeita ou constatação de rotura da membrana ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui solução de continuidade entre o compartimento de sangue e o exterior ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui membrana biocompatível/polissulfona ( ) SIM ( ) NÃO<br>O método de esterilização é descrito na embalagem Material externo translúcido de fácil avaliação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui entrada e saída para os fluidos ultrapuros e conectores das linhas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui boa oclusão das vias não permitindo escape de fluidos ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

| Descrição Resumida | FILTRO DE FLUÍDO DE DIÁLISE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 37717 | 454370 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FILTRO DE FLUÍDO DE DIÁLISE. Composição: material da membrana: polissulfona, material do invólucro: polipropileno, material de vedação: poliuretano, vedações: silicone.Tamanho/Capacidade: superfície efetiva: 2,2m², peso: 170g e taxa de filtragem: 5ml/min x mmHg (3,75L/min bar; max 2 bar). Características Adicionais: conexão à máquina e compatível a máquina FRESENIUS.Tempo de operação: HD padrão. Grau de esterilidade:estéril. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Este material Filtro Pirogênico para máquina de hemodiálise, é de extrema relevância para o atendimento de pacientes com necessidade de diálise em unidades que realizam hemodiafiltração, processo que é requerido em pacientes críticos em UTI. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Máquina de hemodiálise da FRESENIUS. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de filtros pirogênicos**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Validade:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Esterilização/fabricação:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Inscrição como avaliação da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atóxico, estéril e apirogênico ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:** |

| | |
|---|---|
| | Tamanho compatível com o descritivo técnico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a adaptação às linhas com segurança ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui capacidade adequada ao proposto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta suspeita ou constatação de rotura da membrana ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui solução de continuidade entre o compartimento de sangue e o exterior ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui membrana biocompatível/polissulfona ( ) SIM ( ) NÃO<br>O método de esterilização é descrito na embalagem Material externo translúcido de fácil avaliação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui entrada e saída para os fluidos ultrapuros e conectores das linhas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui boa oclusão das vias não permitindo escape de fluidos ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dsint.cates@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Nefrologia |

## GRUPO: NEUROLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: DESCARTÁVEL, DIÂMETRO 0,46 X 50 MM. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 23827 | 461281 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, Características adicionais: descartável, diâmetro 0,46 x 50 mm. O material deve ser compatível com equipamento da Marca Nihon, modelo: MEB9200K. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de eletrodo de agulha concêntrica descartável**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Conexão do cabo com o eletrodo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-Koden, modelo: MEB9200K ( )SIM ( )NÃO<br>Descartável ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Justificativa:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: DESCARTÁVEL, DIÂMETRO 0,46 X 30 MM. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 23828 | 461282 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, características adicionais: descartável, diâmetro 0,46 x 30 mm. O material deve ser compatível com equipamento da Marca Nihon, modelo: MEB9200K. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de eletrodo de agulha concêntrica descartável**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Conexão do cabo com o eletrodo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-Koden, modelo: MEB9200K ( )SIM ( )NÃO<br>Descartável ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | CABO PARA ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ELETROMIOGRAFIA, REUTILIZÁVEL, COM CONECTOR PENTAPOLAR, COMPATÍVEL COM ELETROMIÓGRAFO DA MARCA NIHON, E ADAPTÁVEL AOS ELETRODOS DE AGULHA CONCÊNTRICA DESCRITOS NOS ITENS 1 E 2, COM 1 METRO DE COMPRIMENTO. EMBALADO INDIVIDUALMENTE COM PRAZO DE VALIDADE DE 75% DA DATA DE FABRICAÇÃO DO PRODUTO. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 23820 | 396296 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | CABO PARA ELETRODO DE AGULHA CONCÊNTRICA, para realização de exames de eletromiografia, reutilizável, com conector pentapolar, compatível com eletromiógrafo da marca nihon, e adaptável aos eletrodos de agulha concêntrica descritos nos itens 1 e 2, com 1 metro de comprimento. Embalado individualmente com prazo de validade de 75% da data de fabricação do produto. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cabo para agulha concêntrica**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade da conexão do cabo com o eletrodo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-Koden ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | ELETRODO DE SUPERFÍCIE AUTO-ADESIVOS (PACOTE COM 100UN) PARA EXAMES DE ELETRONEUROMIOGRAFIA. APRESENTANDO 1 A 2 CM DE CIRCUNFERÊNCIA. O MATERIAL DEVE SER COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO DA MARCA NIHON, MODELO: MEB9200K. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 23821 | 461264 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | ELETRODO DE SUPERFÍCIE AUTO-ADESIVOS (pacote com 100un) para exames de eletroneuromiografia. Apresentando 1 a 2 cm de circunferência. O material deve ser compatível com equipamento da Marca Nihon, modelo: MEB9200K. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PC - Pacote | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de eletrodo de superfície auto-adesivo**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Tamanho adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atende ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-Koden ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 5 pacotes |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | CABO DE 2 VIAS E 3 VIAS TIPO JACARÉ PARA ELETRODO DE SUPERFÍCIE AUTO-ADESIVO COM TOMADA PENTAPOLAR, REUTILIZÁVEL. APRESENTANDO 1 A 1,5 METRO. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 33940 | 396295 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | CABO DE 2 VIAS E 3 VIAS TIPO JACARÉ para eletrodo de superfície auto-adesivo com tomada pentapolar, reutilizável. Apresentando 1 a 1,5 metro. O material deve ser compatível com equipamento da Marca Nihon, modelo: MEB9200K. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de cabo tipo jacaré**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade da conexão do cabo com o eletrodo<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-Koden ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | ELETRODO TERRA COMPATÍVEL COM APARELHO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA DA MARCA NIHON - EM PULSEIRA DE FIBRA CONDUTIVA OU VELCRO COM CABO, APRESENTANDO AS SEGUINTES MEDIDAS 40 CM X 70 CM E CABO DE 100 A 150 CM, CONFECCIONADO EM FIBRA ELETRO-CONDUTIVA OU VELCRO QUE PERMITA CONTATO ÍNTIMO COM A PELE E BAIXÍSSIMA IMPEDÂNCIA, MÁXIMA DE 5 KOHM. REUTILIZÁVEL. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 23822 | 461314 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | ELETRODO TERRA COMPATÍVEL COM APARELHO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA DA MARCA NIHON - em pulseira de fibra condutiva ou velcro com cabo, apresentando as seguintes medidas 40 cm x 70 cm e cabo de 100 a 150 cm, confeccionado em fibra eletro-condutiva ou velcro que permita contato íntimo com a pele e baixíssima impedância, máxima de 5 kohm. Reutilizável. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de eletrodo terra**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atende ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-koden ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | ELETRODO ESTIMULADOR EM GARFO, UTILIZADO NA REALIZAÇÃO DE EXAMES ELETROMIOGRÁFICOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES; ESTIMULADOR PASSIVO TIPO GARFO COM POLO POSITIVO E POLO NEGATIVO; COMPATÍVEL COM APARELHO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA DA MARCA NIHON, POSSUI CABO DE 200 CM. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 23825 | 436681 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | ELETRODO ESTIMULADOR EM GARFO, utilizado na realização de exames eletromiográficos para diagnóstico de doenças neuromusculares; estimulador passivo tipo garfo com polo positivo e polo negativo; compatível com aparelho de eletroneuromiografia da marca Nihon, possui cabo de 200 cm. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - Unidade | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRONEUROMIOGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de eletrodo estimulador em garfo**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Atende ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com equipamento da Marca Nihon-Koden ( )SIM ( )NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | PASTA ELETROLÍTICA,APLICAÇÃO: EEG, FORMA DE APRESENTAÇÃO: POTE COM 1000 GRAMAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 65491 | 394593 | - | - | x | X | - | - |
| Descrição Completa | PASTA ELETROLÍTICA,Aplicação: EEG, Forma De Apresentação: pote com 1000 gramas, Unidade De Fornecimento: pote com 1000 gramas | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | - | | | | | | |
| Tipo de apresentação | KG - KILOGRAMAS | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRENCEFALÓGRAFO | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de pasta eletrolítica para EEG**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Tipo:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Recomendação de uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Apresenta adequada fixação do eletrodo no couro cabeludo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece condutibilidade elétrica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta consistência adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 potes |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | ELETRODO DE OURO PARA APARELHO ELETROENCEFALOGRAMA, COM PLUG FÊMEA, TP 1/2 MM (JOGO COM 25 UNIDADES). | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 31550 | 461271 | - | - | x | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | ELETRODO DE OURO PARA APARELHO ELETROENCEFALOGRAMA, com plug FÊMEA, TP 1/2 mm (jogo com 25 unidades). |
| Informação extra para justificativa da contratação | - |
| Tipo de apresentação | JG - JOGO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | ELETRENCEFALÓGRAFO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de eletrodo banhado a ouro**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Tipo:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Comprimento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Compatível com equipamento de EEG ( ) SIM ( ) NÃO<br>Conexão do fio com o eletrodo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Pino em aço inox ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ |

| | |
|---|---|
| | 4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 jogos |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 22 G | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 34589 | 389190 | - | - | x | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Agulha anestésica com a finalidade de punção espinhal ou punção lombar diagnóstico. Material aço inoxidável, dimensões 22G x 3 1/2 , tipo ponta quincke. Componente com mandril, conector universal, transparente, estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Destina-se a realização de punção lombar para fins diagnósticos e terapêuticos. A especificação de calibre é imprescindível para adequada aferição da pressão liquórica e por conseguinte diagnósticos de hipertensão intracraniana idiopática, entre outros. O exame do líquor é imprescindível para o diagnóstico de doenças infecciosas do Sistema Nervoso Central, mas também importante na avaliação de doenças inflamatórias (esclerose múltipla, Síndrome de Guilláin-Barré) e para fins terapêuticos, como no tratamento da hipertensão intracraniana idiopática e administração de medicamentos via intra-tecal. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de agulha anestésica**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante: _____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do prodtuo no órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:** |

| | |
|---|---|
| | Tamanho adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta-se íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 6 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

| Descrição Resumida | AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 20 G | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 34590 | 389179 | - | - | x | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Agulha anestésica com a finalidade de punção espinhal ou punção lombar diagnóstico. Material aço inoxidável, dimensões 20G x 3 1/2 , tipo ponta quincke. Componente com mandril, conector universal, transparente, estéril, uso único. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Destina-se a realização de punção lombar para fins diagnósticos e terapêuticos. A especificação de calibre é imprescindível para adequada aferição da pressão liquórica e por conseguinte diagnósticos de hipertensão intracraniana idiopática, entre outros. O exame do líquor é imprescindível para o diagnóstico de doenças infecciosas do Sistema Nervoso Central, mas também importante na avaliação de doenças inflamatórias (esclerose múltipla, Síndrome de Guilláin-Barré) e para fins terapêuticos, como no tratamento da hipertensão intracraniana idiopática e administração de medicamentos via intra-tecal. |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de amostras de agulha anestésica**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante: _____<br>Nº de amostras recebidas:_____<br>Fabricação/Validade:_____<br><br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br><br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do prodtuo no órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | 2.2 –Quanto ao produto:<br><br>Tamanho adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta-se íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3-PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 6 unidades |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Neurologia |

## GRUPO: MASTOLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | AZUL PATENTE V SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,5 % CORANTE ESTERIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré-hospitalar |
| 29650 | 292408 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Azul patente v solução injetável 2,5 % corante estéril | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Mapeamento linfático para identificação de linfonodo sentinela em pacientes com câncer. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | FA – FRASCO AMPOLA | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de azul patente**<br><br>**1-CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Fabricante:_____<br>Quantidadede Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Fabricante ( ) SIM ( )NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( )NÃO<br>Lote ( ) SIM ( )NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Identificação do Produto ( ) SIM ( )NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Oferece proteção ao produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui proteção quanto à perfuração ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frasco ou ampola ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Concentração e prazo de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | geacandf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Mastologia |

## GRUPO: ORTOPEDIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde |
|---|

| Descrição Resumida | ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CMX150CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré-hospitalar |
| 91070 | 448246 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | Atadura de algodão ortopédico 10cmx150cm (comp.minimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Camada protetora das partes traumatizadas, como acolchoamento e proteção das fraturas ósseas, para fabricação de aparelhos gessados e ortopedia em geral, oferecendo conforto ao paciente durante o tratamento e o período em que permanece com partes do corpo engessado. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de atadura de algodão ortopédico**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( ) 10CM x 150CM ( ) 15CM x 150CM ( ) 20CM x 150CM<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2- **AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações de uso ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Quanto ao produto:**<br>Apresenta aspecto uniforme em sua largura? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta comprimento compatível com o solicitado? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Quanto ao uso:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15CMX150CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91071 | 448249 | - | - | X | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Atadura de algodão ortopédico 15cmx150cm (comp.minimo) |
| Informação extra para justificativa da contratação | Camada protetora das partes traumatizadas, como acolchoamento e proteção das fraturas ósseas, para fabricação de aparelhos gessados e ortopedia em geral, oferecendo conforto ao paciente durante o tratamento e o período em que permanece com partes do corpo engessado. |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de atadura de algodão ortopédico**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( ) 10CM x 150CM ( ) 15CM x 150CM ( ) 20CM x 150CM<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2- **AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações de uso ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Quanto ao produto:**<br>Apresenta aspecto uniforme em sua largura? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta comprimento compatível com o solicitado? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Quanto ao uso:**<br>Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ |

| | |
|---|---|
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | ATADURA DE ALGODAO ORTOPEDICO 20CMX150CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91072 | 448248 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | Atadura de algodao ortopedico 20cmx150cm (comp.minimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Camada protetora das partes traumatizadas, como acolchoamento e proteção das fraturas ósseas, para fabricação de aparelhos gessados e ortopedia em geral, oferecendo conforto ao paciente durante o tratamento e o período em que permanece com partes do corpo engessado. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de atadura de algodão ortopédico**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( ) 10CM x 150CM ( ) 15CM x 150CM ( ) 20CM x 150CM<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2- **AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações de uso ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Quanto ao produto:**<br>Apresenta aspecto uniforme em sua largura? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta comprimento compatível com o solicitado? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Quanto ao uso:**<br>Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Descrição Resumida | ATADURA GESSADA (SEC.RÁPIDA) 10CMX300CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91082 | 444609 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | ATADURA GESSADA (SEC.RAPIDA) 10CMX300CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |

**Protocolo de avaliação de atadura gessada**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**
2- Marca do Produto: _____
Tipo: _____
Lote: _____
Nº de amostras: ___Tamanhos: ( )10CMx 300CM ( )12CMx 300CM ( )15CMx 300CM ( )20CM x 350CM
Número de registro da ANVISA:_____

**2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**
**2.1- Quanto a Embalagem:**
Oferece proteção ao produto? ( ) SIM ( ) NÃO
Identificação completa? ( ) SIM ( ) NÃO
Favorece a abertura? ( ) SIM ( ) NÃO
Recomendações de uso? ( ) SIM ( ) NÃO
Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO
Data de validade: ( ) SIM ( ) NÃO

**2.2 –Quanto ao produto:**
Apresenta gesso uniformemente impregnado? ( ) SIM ( ) NÃO
Proporciona fácil moldagem? ( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta bom acabamento? ( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta fiapos soltos? ( ) SIM ( ) NÃO
O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem? ( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta resistência ao destacamento de camadas? ( ) SIM ( ) NÃO Boa durabilidade (longa permanência) ( ) SIM ( ) NÃO
10 nidades por embalagem ( ) SIM ( ) NÃO

**3- PARECER FINAL:**
O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO

2

| | |
|---|---|
| | 3 4 -IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>4<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO<br><br>Justificativa:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | ATADURA GESSADA (SEC.RAPIDA) 12CMX300CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91083 | 448247 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição Completa | Atadura gessada (sec.rapida) 12cmx300cm (comp.minimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de atadura gessada**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo: _____<br>Lote: _____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( )10CMx 300CM ( )12CMx 300CM ( )15CMx 300CM ( )20CM x 350CM<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Recomendações de uso? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade: ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Apresenta gesso uniformemente impregnado? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona fácil moldagem? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta bom acabamento? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( ) SIM ( ) NÃO<br>O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta resistência ao destacamento de camadas? ( ) SIM ( ) NÃO Boa durabilidade (longa permanência) ( ) SIM ( ) NÃO<br>10 unidades por embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2 PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Justificativa:_____<br><br>3 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | ATADURA GESSADA (SEC.RAPIDA) 15CMX300CM (COMP.MINIMO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91084 | 444613 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição completa | Atadura gessada (sec.rapida) 15cmx300cm (comp.minimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de atadura gessada**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo: _____<br>Lote: _____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( )10CMx 300CM ( )12CMx 300CM ( )15CMx 300CM ( )20CM x 350CM<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Recomendações de uso? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade: ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Apresenta gesso uniformemente impregnado? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona fácil moldagem? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta bom acabamento? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( ) SIM ( ) NÃO<br>O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta resistência ao destacamento de camadas? ( ) SIM ( ) NÃO Boa durabilidade (longa permanência) ( ) SIM ( ) NÃO<br>10 unidades por embalagem ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 2 PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>3 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | ATADURA GESSADA (SEC.RÁPIDA) 20CMX350CM (COMP.MÍNIMO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91085 | 448248 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição completa | Atadura gessada (sec.rápida) 20cmx350cm (comp.mínimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |

**Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja**

**Protocolo de avaliação de atadura gessada**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**
Marca do Produto: _____
Tipo: _____
Lote: _____
Nº de amostras: _____
Tamanhos: ( )10CMx 300CM ( )12CMx 300CM ( )15CMx 300CM ( )20CM x 350CM
Número de registro da ANVISA:_____

**2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**

**2.1- Quanto a Embalagem:**

Oferece proteção ao produto? ( ) SIM ( ) NÃO
Identificação completa? ( ) SIM ( ) NÃO
Favorece a abertura? ( ) SIM ( ) NÃO
Recomendações de uso? ( ) SIM ( ) NÃO
Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO
Data de validade: ( ) SIM ( ) NÃO

**2.2 –Quanto ao produto:**
Apresenta gesso uniformemente impregnado? ( ) SIM ( ) NÃO
Proporciona fácil moldagem? ( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta bom acabamento? ( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta fiapos soltos? ( ) SIM ( ) NÃO
O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem? ( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta resistência ao destacamento de camadas? ( ) SIM ( ) NÃO Boa durabilidade (longa permanência) ( ) SIM ( ) NÃO
10 unidades por embalagem ( ) SIM ( ) NÃO

**2 PARECER FINAL:**
O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO

| | |
|---|---|
| | Justificativa:_____<br><br>3 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

Catálogo de Produtos para Saúde

| Descrição Resumida | COLAR CERVICAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 27477 | 455918 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição completa | Colar cervical, material espuma flexível, tipo de fechamento velcro com 5cm. características adicionail com reforço. Tamanho médio | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização de pescoço para tratamento de diversos quadros álgicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação do colar cervical**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo: _____<br>Lote: _____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( )10CMx 300CM ( )12CMx 300CM ( )15CMx 300CM ( )20CM x 350CM<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Recomendações de uso? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade? ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br>Apresenta flexibilidade adequada para sua utilização? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Proporciona fechamento adequado com o velcro? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta bom acabamento? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta formato adequado para utilização na região cervical? ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3-PARECER FINAL** O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | | | | | |
| Se houver necessidade de | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | COLAR CERVICAL DE ESPUMA, REMOVÍVEL, TAMANHO PEQUENO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 29823 | 455916 | - | - | X | X | X | - |
| Descrição completa | Colar cervical de espuma, removível, tamanho pequeno | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização de pescoço para tratamento de diversos quadros álgicos. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação de colar cervical**<br><br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras: _____<br>Tamanhos: ( ) PEQUENO ( ) MÉDIO<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2- **AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações de uso ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Quanto ao produto:**<br>Apresenta flexibilidade adequada para sua utilização? ( )SIM ( ) NÃO<br>Proporciona fechamento adequado com o velcro? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta formato adequado para utilização na região cervical? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**2.3- Quanto ao uso:**<br>Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | 4- **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | MALHA TUBULAR DE ALGODÃO MEDINDO 04 CM X 25 M | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 50700 | | - | - | X | X | X | - |
| Descrição completa | MALHA TUBULAR DE ALGODÃO MEDINDO 04 CM X 25 M. Aplicação: protege a pele do paciente do contato direto com o gesso sintético, Material: tecido de malha 100% algodão, Tamanho/Capacidade: 04cm (L) x 25m (C), Unidade De Fornecimento: rolo com 04cm (L) x 25m (C)". | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |

**Protocolo de avaliação de malha tubular**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**
Marca do Produto: _____
Tipo:_____
Lote:_____
Nº de amostras: _____
Tamanhos: ( ) PEQUENO ( ) MÉDIO
Número de registro da ANVISA:_____

2- **AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**
**2.1- Quanto a Embalagem:**
Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO
Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece
a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações de
uso ( )SIM ( ) NÃO
Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO
Data de validade ( )SIM ( ) NÃO

**2.2- Quanto ao produto:**
Apresenta flexibilidade adequada para sua utilização? ( )SIM ( ) NÃO
Proporciona fechamento adequado com o velcro? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta
bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO
Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO
Apresenta formato adequado para utilização na região cervical? ( )SIM ( ) NÃO

**2.3- Quanto ao uso:**
Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO

3- **PARECER FINAL:**
O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO

| | |
|---|---|
| | 4- **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para a Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MALHA TUBULAR MEDINDO 06 CM X 25 M,APLICAÇÃO: PROTEGE A PELE DO PACIENTE DO CONTATO DIRETO COM O GESSO SINTÉTICO, MATERIAL: TECIDO DE FIBRAS SINTÉTICAS, TAMANHO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | Pré - hospitalar |
| 50701 | 445972 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | MALHA TUBULAR MEDINDO 06 CM X 25 M,Aplicação: protege a pele do paciente do contato direto com o gesso sintético, Material: tecido de fibras sintéticas, Tamanho/ Capacidade: 06cm (L) x 25m (C), Unidade De Fornecimento: rolo com 06cm (L) x 25m (C). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL-ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MALHA TUBULAR<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Quanto a Embalagem:<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações de uso ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO Data de validade ( )SIM ( ) NÃO 2.2- Quanto ao produto:<br>Apresenta trama regular? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta peso compatível com o solicitado? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br>O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem ()SIM ( ) NÃO<br><br>2.3- Quanto ao uso: | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MALHA TUBULAR MEDINDO 08 CM X 25 M,APLICAÇÃO: PROTEGE A PELE DO PACIENTE DO CONTATO DIRETO COM O GESSO SINTÉTICO, MATERIAL: TECIDO DE FIBRAS SINTÉTICAS, TAMANHO/CAP | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 50696 | 445971 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | MALHA TUBULAR MEDINDO 08 CM X 25 M. Aplicação: protege a pele do paciente do contato direto com o gesso sintético, Material: tecido de fibras sintéticas, Tamanho/Cap acidade: 08cm (L) x 25m (C), Unidade De Fornecimento: rolo com 08cm (L) x 25m | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MALHA TUBULAR<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo: _____<br>Lote:_____<br>Nº de amostras: _____<br>Número de resgistro da ANVISA:_____<br><br>2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Quanto a Embalagem:<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO<br>Recomendações de uso ( )SIM ( ) NÃO Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Quanto ao produto:<br>Apresenta trama regular? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta peso compatível com o solicitado? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃOApresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br>O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem ( )SIM ( ) NÃO<br><br>2.3- Quanto ao uso: | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>4- **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MALHA TUBULAR MEDINDO 20 CM X 25 M,APLICAÇÃO: PROTEGE A PELE DO PACIENTE DO CONTATO DIRETO COM O GESSO SINTÉTICO, MATERIAL: TECIDO DE FIBRAS SINTÉTICAS, TAMANHO/CAPACIDADE: 20CM (L) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 50691 | 445973 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | MALHA TUBULAR MEDINDO 20 CM X 25 M,Aplicação: protege a pele do paciente do contato direto com o gesso sintético, Material: tecido de fibras sintéticas, Tamanho/Capacidade: 20cm (L Tamanho/Capacidade: 20cm (L) x 25m (C),Unidade De Fornecimento: rolo com 20cm (L) x 25m (C) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização para tratamento de entorses, luxações e fraturas | | | | | | |
| Tipo de apresentação | RL- ROLO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não é necessário para sua colocação, mas é necessária a serra de gesso para a retirada do aparelho gessado. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MALHA TUBULAR<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo:_____<br>Lote:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Nº de amostras: _____<br><br>2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Quanto a Embalagem:<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO Recomendações para o uso ( )SIM ( ) NÃO Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Quanto ao produto:<br>Apresenta trama regular? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta peso compatível com o solicitado? ( )SIM ( ) NÃO Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fiapos soltos? ( )SIM ( ) NÃO<br>O produto quando esticado apresenta as medidas correspondentes com as indicadas na embalagem ( )SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.3- Quanto ao uso:**<br>Oferece características satisfatórias para o bom desempenho da técnica? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>3- **PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br><br>4- **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | SALTO ORTOPÉDICO MÉDIO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 29788 | 239290 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | SALTO ORTOPÉDICO MÉDIO, Aplicação: Correção ortopédica, Material: Borracha. Tamanho: Médio. Unidade de estoque: Unidade. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Utilizado para permitir marcha em membro inferior imobilizado | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SALTO ORTOPÉDICO MÉDIO**<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto: _____<br>Tipo: _____<br>Lote: _____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Nº de amostras: _____<br><br>2- AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Quanto a Embalagem:<br>Oferece proteção ao produto ( )SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( )SIM ( ) NÃO<br>Favorece a abertura ( )SIM ( ) NÃO<br>Recomendações para o uso ( )SIM ( ) NÃO<br><br>Data de fabricação ( )SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( )SIM ( ) NÃO<br><br>2.2- Quanto ao produto:<br>Apresenta resistência adequada para sua utilização? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta formato adequado para utilização? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta bom acabamento? ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta defeitos na fabricação? ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( )SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome: _____<br><br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 12MM X 180MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 29820 | 280600 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 12MM X 180MM, Composição alumínio 100% liga 1100 A H 14 com espessura de 1mm; com revestimento de espuma antialérgica com espessura de 9mm; tamanho 12mm x 180mm. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização provisória / definitiva para entorses, contusões, fraturas dos dedos das mãos (falanges). | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legiível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Tamanho do produto compatível com a proposta comercial apresentada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de alumínio com espessura uniforme, sem arestas ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de alumínio moldável, sem apresentar quebra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espuma permanece aderida ao componente de alumínio após modelagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de espuma apresenta característica regular, sem falhas Tamanho do produto compatível com o descritivo apresentado ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espuma aderida ao componente de aluminio ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 16MM X 180MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 29821 | 280578 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 16MM X 180MM, Composição alumínio 100% liga 1100 A H 14 com espessura de 1mm; com revestimento de espuma antialérgica com espessura de 9mm; tamanho 16mm x 180mm. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização provisória / definitiva para entorses, contusões, fraturas dos dedos das mãos (falanges). | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legiível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Tamanho do produto compatível com a proposta comercial apresentada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de alumínio com espessura uniforme, sem arestas ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de alumínio moldável, sem apresentar quebra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espuma permanece aderida ao componente de alumínio após modelagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de espuma apresenta característica regular, sem falhas Tamanho do produto compatível com o descritivo apresentado ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espuma aderida ao componente de aluminio ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 19MM X 180MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 29822 | 355879 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO 19MM X 180MM, Composição alumínio 100% liga 1100 A H 14 com espessura de 1mm; com revestimento de espuma antialérgica com espessura de 9mm; tamanho 19mm x 180mm. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Imobilização provisória / definitiva para entorses, contusões, fraturas dos dedos das mãos (falanges). | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDO**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legiível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Tamanho do produto compatível com a proposta comercial apresentada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de alumínio com espessura uniforme, sem arestas ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de alumínio moldável, sem apresentar quebra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espuma permanece aderida ao componente de alumínio após modelagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Componente de espuma apresenta característica regular, sem falhas Tamanho do produto compatível com o descritivo apresentado ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espuma aderida ao componente de aluminio ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FAIXA DE ESMARCH EM LATEX 6CM X 200CM (COMP.MÍNIMO) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91155 | 455165 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Faixa de esmarch em latex 6cm x 200cm (comp. mínimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Promover a compressão de vasos sanguíneos com fio hemostático dos membros superiores e inferiores para possibilitar e execução de intervenções cirúrgicas e estancamento de hemorragias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FAIXA DE ESMARCH**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Marca: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Confere o tamanho do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Elasticidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Resistente a deformidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta qualidade adequada para a realização segura do procedimento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FAIXA DE ESMARCH 8CM X 200CM EMLATEX NATURAL (COMP.MÍNIMO) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91156 | 455166 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Faixa de esmarch 8cm x 200cm em latex natural (comp.mínimo) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Promover a compressão de vasos sanguíneos com fio hemostático dos membros superiores e inferiores para possibilitar e execução de intervenções cirúrgicas e estancamento de hemorragias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FAIXA DE ESMARCH**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Marca: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Confere o tamanho do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Elasticidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Resistente a deformidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta qualidade adequada para a realização segura do procedimento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FAIXA DE ESMARCH 10CM X 200CM EM LATEX (COMP.MÍN) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91157 | 455167 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Faixa de esmarch 10cm x 200cm em latex (comp.mín) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Promover a compressão de vasos sanguíneos com fio hemostático dos membros superiores e inferiores para possibilitar e execução de intervenções cirúrgicas e estancamento de hemorragias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FAIXA DE ESMARCH**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Marca: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Confere o tamanho do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Elasticidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Resistente a deformidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta qualidade adequada para a realização segura do procedimento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FAIXA DE ESMARCH 12CMX200CM EM LATEX (COMP. MÍN) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 91158 | 455168 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Faixa de esmarch 12cmx200cm em latex (comp.mín) | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Promover a compressão de vasos sanguíneos com fio hemostático dos membros superiores e inferiores para possibilitar e execução de intervenções cirúrgicas e estancamento de hemorragias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FAIXA DE ESMARCH**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Quanto a Embalagem:**<br>Marca: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante: ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 –Quanto ao produto:**<br><br>Confere o tamanho do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Elasticidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Resistente a deformidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta qualidade adequada para a realização segura do procedimento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Aquisição em lote com atadura gessada e malha tubular, uma vez que são todos materias necessários para fabricação de aparelhos gessados. |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 13MM X 13MM | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 31571 | 272857 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Compressa neurocirúrgica, 100% em fibras de rayon entrelaçado, altamente resistente e maleável, bordas lisas e precisas, não libera partículas, com absorção até 5 vezes o seu peso em menos de um segundo. Contém monofilamentos de sulfato de bário, detectáveis ao raio x e fio de poliéster com inserção ultrassônica para facilitar o resgate. Tamanho 13mm x 13mm. Estéril, pronta pra uso. Envelope com 10 unidades | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Utilização em cirurgias de descompressão da coluna vertebral (laminectomias e discectomias), com melhor proteção e visualização das estruturas neurovasculares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( )NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>**2.2.1 – COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível aodescrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta quantidade compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui espessurauniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui saliências ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta informação quanto à sua composição de fibra de poliéster (TIPO RAYON) ( ) SIM ( ) NÃO<br>É entrelaçado por fio de sutura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui linha radiopaca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Promoveirritação ao contato direto eimediato com a pele ( ) SIM ( ) NÃO<br>Adere à luva cirúrgicaou ao instrumental cirúrgico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Dissolvemediante contato com água ou soro fisiológico – 0,9% de NaCl ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CERA PARA OSSO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92145 | 273052 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Cera para osso | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Indicada no controle de hemorragia a partir de superfície óssea. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | EN-EVELOPE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CERA PARA OSSO**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1- Avaliação da embalagem:**<br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( )NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br><br>Apresenta quantidade compatível com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta informação quanto à composição da cera ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Fácil remodelação a mão ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Adere à luva cirúrgica ou ao instrumental cirúrgico ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Promove irritação ao contato direto e imediato com a pele ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Possui informação quanto à absorção em organismo humano ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

| Descrição Resumida | AGULHA ESPINHAL 22 POR 7", LONGA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 37856 | 389987 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | AGULHA ESPINHAL 22 POR 7", LONGA para procedimentos terapêuticos e diagnósticos na coluna vertebral, propedêutica neurológica. tamanho/Capacidade: 0,7mm de diâmetro e 17,8cm de comprimento. Características adicionais: ponta tipo Quinche, conector universal luer lock cônico e transparente, encaixe do canhão/estilete orienta posicionamento adequado do bisel e fixa o estilete evitando deslocamento durante a punção. Estéril. Apresentação: Embalagem individual que permita abertura asséptica. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Utilizada para procedimentos terapêuticos e diagnósticos na coluna vertebral em pacientes obesos e/ou obesos mórbidos no serviço de cirurgia de coluna (SCC) da rede SES/DF. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN- UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: AFE, CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE AGULHA ESPINHAL 22 POR 7", LONGA<br>1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Avaliação da embalagem:<br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( )NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2- Avaliação do Produto:**<br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Ponta Quinche ( ) SIM ( ) NÃO<br>Conector universal luer lock cônico e transparente ( ) SIM ( ) NÃO<br>fixa o estilete evitando deslocamento durante a punção ( ) SIM ( ) NÃO<br>Estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Ortopedia |

## GRUPO:ONCOLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INFUSOR ELASTOMETRICO PORTATIL DESCARTAVEL 270 A 275ML 5ML/H | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 32515 | 452514 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | INFUSOR ELASTOMETRICO PORTATIL DESCARTAVEL 270 a 275ML 5ML/H. Características adicionais: administração de quimioterápicos, composto por válvula para preenchimento em sistema fechado com conexão luer lock para seringas e tampas protetora. Dotado de reservatório elastométrico com duas camadas- interna isenta de PVC e de látex e externa isenta de látex- protegido externamente por capa flexível de PVC. Dotado de tubo extensor conectado ao reservatório com filtro de membrana com duas camadas para ar residual e partículas, pinça clamp, conector luer lock. Acompanha bolsa fotoprotetora para acomodação de infusor, junto ao paciente. Aplicação (finalidade): Administração de quimioterápicos em pacientes ambulatoriais que necessitam de tempo de altas doses de medicamento e infusão por longo tempo (fluoracila, citarabina entre outros). USO EXCLUSIVO DA ONCOLOGIA. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Sistema de infusão elastomérico, descartável e portátil, não elétrico, livre de manutenção, que foi projetado para infusão de uma ampla gama de medicamentos de baixo peso molecular, como quimioterápicos, anestésicos, analgésicos e antibióticos. Este dispositivo permite a mobilidade do paciente, podendo ser utilizado em ambientes hospitalares, domiciliares e em trânsito. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Necessita do implante Porth-a Cath no paciente | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INFUSOR ELASTOMETRICO PORTATIL DESCARTAVEL**<br><br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br><br>Tipo: ( ) Curta ( ) Longa Numeração:_____<br><br>Nº de amostras:_____ Número de resgitro da ANVISA:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>**2.1 Embalagem:**<br><br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Permite abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Data de esterilização e validade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.2 Produto:**<br><br>Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Material incolor ( ) SIM ( ) NÃO Ponta atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Superfície lisa e livre de rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Tampa no conector permite fechamento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Permite boa execução da técnica ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | geacandf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oncologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | INFUSOR ELASTOMERICO PORTATIL DESCARTAVEL 270 A 275ML, 2 ML/H | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 36106 | 452513 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | INFUSOR ELASTOMERICO PORTATIL DESCARTAVEL 270 A 275ML, 2 ML/H. Características adicionais: administração de quimioterápicos, composto por válvula para preenchimento em sistema fechado com conexão luer lock para seringas e tampas protetora. Dotado de reservatório elastomérico com duas camadas interna isenta de PVC e de látex e externa isenta de látex protegido externamente por capa flexível de PVC. Dotado de tubo extensor conectado ao reservatório com filtro de membrana com duas camadas para ar residual e partículas, pinça clamp, conector luer lock. Acompanhado de bolsa fotoprotetora para acomodação do infusor junto ao paciente. Aplicação (finalidade): Administração de quimioterápicos em pacientes ambulatoriais que necessitam de tempo de altas doses de medicamentos e infusão por longo tempo (Fluoracila, citarabina entre outros). | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Sistema de infusão elastomérico, descartável e portátil, não elétrico, livre de manutenção, que foi projetado para infusão de uma ampla gama de medicamentos de baixo peso molecular, como quimioterápicos, anestésicos, analgésicos e antibióticos. Este dispositivo permite a mobilidade do paciente, podendo ser utilizado em ambientes hospitalares, domiciliares e em trânsito. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Necessita do implante Porth-a Cath no paciente | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INFUSOR ELASTOMETRICO PORTATIL DESCARTAVEL**<br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo: ( ) Curta ( ) Longa<br>Numeração:_____<br>Nº de amostras:_____<br>Número de resgitro da ANVISA:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Embalagem:**<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização e validade ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.2 Produto:**<br>Composição compatível com descritivo (polivinil atóxico) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Material incolor ( ) SIM ( ) NÃO Ponta atraumática ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e livre de rebarbas ( ) SIM ( ) NÃO<br>Orifícios ovais de dimensões adequadas e bordas regulares ( ) SIM ( ) NÃO<br>Conector com boa adaptação aos dispositivos (látex, seringa, equipo) ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tampa no conector permite fechamento adequado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa execução da técnica ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | geacandf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oncologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA CURTA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 38107 | 285272 | - | - | - | X (HRT) | - | - |
| Descrição Completa | MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA CURTA - Máscara termoplástica curta para tratamento em radioterapia de cabeça. Tamanho/Capacidade: Dimensão aproximada 200 x 240 x 3.2 mm de espessura. Características adicionais: Imobilização com frame estruturado em Policarbonato. Termoplástico com: baixo coeficiente de contração, memória mecânica e capacidade de regeneração, compatíveis com suporte de fixação universal. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Máscara termoplástica para imobilização de pacientes indicados à radioterapia com tumores de cabeça e pescoço, sistema nervoso central e, eventualmente, outros tumores na região torácica. Material utilizado em unidades de radioterapia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Suporte para fixação da máscara termoplástica. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | CRP ou notificação junto à ANVISA, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA CURTA**<br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo: ( ) Curta ( ) Longa<br>Nº de amostras:_____<br>Número de resgitro/notificação da ANVISA:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Embalagem:**<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Protege o produto, mantendo sua desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2 Produto:**<br>Composição compatível com descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frame estruturado em Policarbonato ( ) SIM ( ) NÃO<br>Baixo coeficiente de contração ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Memória mecânica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de regeneração ( ) SIM ( ) NÃO<br>compatível com suporte de fixação universal ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | geacandf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oncologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA LONGA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 38108 | 285272 | - | - | - | X (HRT) | - | - |
| Descrição Completa | MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA LONGA - Máscara termoplástica para tratamento em radioterapia. Tamanho/Capacidade: Dimensão aproximada 200 x 330 x 3.2 mm de espessura. Características adicionais: Imobilização com frame estruturado em Policarbonato. Termoplástico com: baixo coeficiente de contração, memória mecânica e capacidade de regeneração, compatíveis com suporte de fixação universal. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Máscara termoplástica para imobilização de pacientes indicados à radioterapia com tumores de cabeça e pescoço, sistema nervoso central e, eventualmente, outros tumores na região torácica. Material utilizado em unidades de radioterapia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Suporte para fixação da máscara termoplástica. | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | CRP ou notificação junto à ANVISA, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MÁSCARA FACIAL TERMOPLÁSTICA CURTA**<br>**1.CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Tipo: ( ) Curta ( ) Longa<br>Nº de amostras:_____<br>Número de resgitro/notificação da ANVISA:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Embalagem:**<br>Íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Protege o produto, mantendo sua desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2 Produto:**<br>Composição compatível com descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Frame estruturado em Policarbonato ( ) SIM ( ) NÃO<br>Baixo coeficiente de contração ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Memória mecânica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Capacidade de regeneração ( ) SIM ( ) NÃO<br>compatível com suporte de fixação universal ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 2 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | geacandf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oncologia |

## GRUPO:PNEUMOLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | FILTRO ANTIBACTERIANO DESCARTÁVEL PARA ESPIROMETRIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 36007 | 433174 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Filtro antibacteriano descartável, embalado individualmente para uso em espirometria (função pulmonar), corpo em poliestireno, diâmetro externo 30mm e diâmetro interno 30mm. Teste de eficiência bactericida acima de 99,8% | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para realização de exame de espirometria, com o objetivo de filtração de bactérias, vírus e expectorantes. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FILTRO ANTIBACTERIANO DESCARTÁVEL**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO I<br>mpressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fixação adequada do conector ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem se romper ou deformar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser termo sensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser de uso único ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.3. Avaliação do Bocal:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fixação adequada do conector ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem se romper ou deformar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser termo sensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser de uso único ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Descrição Resumida | FILTRO ANTIBACTERIANO DESCARTÁVEL PARA ESPIROMETRIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 37715 | 433174 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Filtro antibacteriano descartável para espirometria. Filtro antibacteriano descartável, embalado individualmente para uso em espirometria (função pulmonar), corpo em poliestireno, diâmetro interno (lado do aparelho) 45mm. Teste de eficiência bactericida acima de 99,8%. Informações adicionais: Compatível com espirômetro da marca Koko e com bocais descartáveis de 30mm x 32mm de diâmetro interno e externo. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para realização de exame de espirometria, com o objetivo de filtração de bactérias, vírus e expectorantes. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FILTRO ANTIBACTERIANO DESCARTÁVEL**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO I<br>mpressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fixação adequada do conector ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem se romper ou deformar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser termo sensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser de uso único ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.3. Avaliação do Bocal:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fixação adequada do conector ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem se romper ou deformar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser termo sensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser de uso único ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | BOCAL PARA ESPIROMETRIA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 36006 | 302825 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Bocal (tubete) descartável para uso em espirometria; dimensões: 70mm x 30mm x 32mm (comprimento x diâmetro interno x diâmetro externo); material: papelão; revestimento plástico externo; tipo embalagem:individual (pacotes com número variável de unidades); prazo de validade indeterminado. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para realização de exame de espirometria . | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADES | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO BOCAL PARA ESPIROMETRIA**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fixação adequada do conector ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem se romper ou deformar ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Registro de ser termo sensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser de uso único ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.3. Avaliação do Bocal:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta comprimento compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta diâmetro compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta introdutor compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta fixação adequada do conector ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta resistência à tração compatível com a manipulação usual sem se romper ou deformar ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser termo sensível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro de ser de uso único ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MASCARA ORONASAL G | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35910 | 454151 | - | - | ambulatórial | - | - | - |
| Descrição Completa | Máscara para CPAP/BIPAP, oronasal (facial, envolvendo nariz e a boca) em silicone gel. Tamanho G, com fixação para cabeça, o espaçador deve ser ajustável e facilitar a adaptação da testa do paciente com menor pressão no fixador, almofada em silicone auto moldável, para posicionar melhor, reduzir a possibilidade de vazamentos e permitir a movimentação da máscara, duas conexões para cabeça com articulação esférica; clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica; almofadas de silicone para testa; anel giratório da máscara; kit e cotovelo de exalação, com entrada para oxigênio. O material da máscara deve permitir a reposição das peças, caso seja necessário a troca das mesmas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para instalação do CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM. APARELHO CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP E AFE EMITIDO PELA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MASCARA ORONASAL G**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta material compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui fixadores ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta espaçador ajustável ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Almofada em silicone auto moldável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui duas conexões para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto permite reposição de peças ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA ORONASAL M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35911 | 454150 | - | - | ambulatórial | - | - | - |
| Descrição Completa | Máscara para CPAP/BIPAP, oronasal (facial, envolvendo nariz e a boca) em silicone gel. Tamanho M, com fixação para cabeça, o espaçador deve ser ajustável e facilitar a adaptação da testa do paciente com menor pressão no fixador, almofada em silicone auto moldável, para posicionar melhor, reduzir a possibilidade de vazamentos e permitir a movimentação da máscara, duas conexões para cabeça com articulação esférica; clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica; almofadas de silicone para testa; anel giratório da máscara; kit e cotovelo de exalação, com entrada para oxigênio. O material da máscara deve permitir a reposição das peças, caso seja necessário a troca das mesmas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para instalação do CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM. APARELHO CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP E AFE EMITIDO PELA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MASCARA ORONASAL M**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta material compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui fixadores ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta espaçador ajustável ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Almofada em silicone auto moldável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui duas conexões para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto permite reposição de peças ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA ORONASAL P | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35912 | 454153 | - | - | ambulatórial | - | - | - |
| Descrição Completa | Máscara para CPAP/BIPAP, oronasal (facial, envolvendo nariz e a boca) em silicone gel. Tamanho P, com fixação para cabeça, o espaçador deve ser ajustável e facilitar a adaptação da testa do paciente com menor pressão no fixador, almofada em silicone auto moldável, para posicionar melhor, reduzir a possibilidade de vazamentos e permitir a movimentação da máscara, duas conexões para cabeça com articulação esférica; clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica; almofadas de silicone para testa; anel giratório da máscara; kit e cotovelo de exalação, com entrada para oxigênio. O material da máscara deve permitir a reposição das peças, caso seja necessário a troca das mesmas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para instalação do CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM. APARELHO CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP E AFE EMITIDO PELA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MASCARA ORONASAL P**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta material compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui fixadores ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta espaçador ajustável ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br>Almofada em silicone auto moldável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui duas conexões para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto permite reposição de peças ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA NASAL G | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35913 | 454148 | - | - | ambulatórial | - | - | - |
| Descrição Completa | Máscara para CPAP/BIPAP, nasal (envolvendo o nariz), em silicone, Tamanho G, com fixação para cabeça, o espaçador deve ser ajustável e facilitar a adaptação da testa do paciente com menor pressão no fixador, almofada em silicone auto moldável, para posicionar melhor, reduz a possibilidade de vazamentos e permitir a movimentação da máscara, duas conexões para cabeça com articulação esférica; Clipes de fixação para cabeça; almofadas de silicone para testa; anel giratório da máscara; Kit e cotovelo de exalação, com entrada para oxigênio. O material da máscara deve permitir a reposição das peças, caso seja necessário a troca das mesmas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para instalação do CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM. APARELHO CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP E AFE EMITIDO PELA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MÁSCARA NASAL G**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta material compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui fixadores ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta espaçador ajustável ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Almofada em silicone auto moldável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui duas conexões para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto permite reposição de peças ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA NASAL P | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35914 | 454194 | - | - | ambulatórial | - | - | - |
| Descrição Completa | Máscara para CPAP/BIPAP, nasal (envolvendo o nariz), em silicone, Tamanho P, com fixação para cabeça, o espaçador deve ser ajustável e facilitar a adaptação da testa do paciente com menor pressão no fixador, almofada em silicone auto moldável, para posicionar melhor, reduz a possibilidade de vazamentos e permitir a movimentação da máscara, duas conexões para cabeça com articulação esférica; Clipes de fixação para cabeça; almofadas de silicone para testa; anel giratório da máscara; Kit e cotovelo de exalação, com entrada para oxigênio. O material da máscara deve permitir a reposição das peças, caso seja necessário a troca das mesmas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para instalação do CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM. APARELHO CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP E AFE EMITIDO PELA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MÁSCARA NASAL P**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta material compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui fixadores ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta espaçador ajustável ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Almofada em silicone auto moldável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui duas conexões para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto permite reposição de peças ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | MÁSCARA NASAL M | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 35915 | 454147 | - | - | ambulatórial | - | - | - |
| Descrição Completa | Máscara para CPAP/BIPAP, nasal (envolvendo o nariz), em silicone, Tamanho M, com fixação para cabeça, o espaçador deve ser ajustável e facilitar a adaptação da testa do paciente com menor pressão no fixador, almofada em silicone auto moldável, para posicionar melhor, reduz a possibilidade de vazamentos e permitir a movimentação da máscara, duas conexões para cabeça com articulação esférica; Clipes de fixação para cabeça; almofadas de silicone para testa; anel giratório da máscara; Kit e cotovelo de exalação, com entrada para oxigênio. O material da máscara deve permitir a reposição das peças, caso seja necessário a troca das mesmas. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Necessário para instalação do CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM. APARELHO CPAP/BIPAP | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP E AFE EMITIDO PELA ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MÁSCARA NASAL M**<br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____ Especificação:_____<br>Tamanho:_____ Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____ Número de amostras recebidas:_____<br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>**2.1 Avaliação da embalagem:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**2.2. Avaliação do Filtro:**<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta tamanho compatível ao descrito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta material compatível ao descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui fixadores ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta espaçador ajustável ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Almofada em silicone auto moldável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui duas conexões para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui clipes giratórios da fixação para cabeça com articulação esférica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Produto permite reposição de peças ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | rtd.gessicapneumo@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Pneumologia |

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

| Descrição Resumida | SONDA DE CRAWFORD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 30805 | 440189 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Sonda de crawford, para desobstrução do canal lacrimal, características adicionais: dois fios de aço inoxidáveis flexíveis com pontas azeitonadas. Tubulação de silicone grau médio. Diâmetro externo 0,7. Estéril. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN-UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **Protocolo de avaliação da sonda crawford**<br>**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca do Produto:_____Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____ Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>**2.AVALIAÇÃO DA EMBALAGEM:**<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3.AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br>Possui pontas azeitonadas; ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui dois fios de aço flexíveis; ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Penetra adequadamente nas vias lacrimais. ( ) SIM ( ) NÃO<br>Tem tubulação de silicone; ( ) SIM ( ) NÃO<br>É descartável; ( ) SIM ( ) NÃO<br>É resistente ao meio ao qual se destina e permitindo que cumpra o seu propósito ( ) SIM ( ) NÃO<br>Induz ao mínimo a reação tecidual; ( ) SIM ( ) NÃO<br>Não provocar ou mantém infecção. ( ) SIM ( ) NÃO<br>**3- PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oftalmologia |

| Descrição Resumida | HIDROXIPROPILMETILCELULOSE SOLUCAO VISCOELASTICA OFTALMICA 2 % | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 90858 | 273694 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | HIDROXIPROPILMETILCELULOSE(HPMC) A 2%.Aplicação: cirurgia de catarata, Característica adicional: seringa preenchida com no mínimo 1,5ml de solucao viscoelastica estéril e apirogenica | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | É um polímero usado para várias aplicações na oftalmologia, dentre elas, o uso em cirurgias intraoculares. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SOLUÇÃO DE SALINA BALANCEADA INTRAOCULAR e HIDROXIPROPILMETILCELULOSE<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Dimensões ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Aditivo ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oftalmologia |

| Descrição Resumida | SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA INTRAOCULAR INJETÁVEL FRASCO OU BOLSA 500 ML | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 27950 | 394675 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | Solução salina balanceada intraocular injetável sistema fechado frasco ou bolsa 500 ml. Solução de irrigação altamente purificada e que contém os íons essenciais do humor aquoso, mantendo a morfologia celular do endotélio corneano. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Solução de irrigação altamente purificada e que contém íons essenciais do humor aquoso, mantendo a morfologia celular do endotélio corneano. |
| Tipo de apresentação | FR-FRASCO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SOLUÇÃO DE SALINA BALANCEADA INTRAOCULAR e HIDROXIPROPILMETILCELULOSE<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de esterilização ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de validade ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Dimensões ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Quantidade de Produtos por Embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Aditivo ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Apresenta Informações sobre cuidados e advertências sobre o uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Temperatura de armazenamento indicada na embalagem ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3- PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oftalmologia |

| Descrição Resumida | AZUL DE TRIPAN 0,1 FRASCO 1 ML CORANTE INTRAOCULAR SOLUÇÃO INJETÁVEL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 27949 | 327563 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Azul de tripan 0,1 frasco 1 ml corante intraocular solução injetável | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Solução utilizada em cirurgias de catarata para corar cápsula do cristalino e permitir realização da capsulorréxe, passo fundamental da cirurgia. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | FR-FRASCO | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |

Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO AZUL DE TRIPAM**

**1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**

Marca do Produto:_____

Lote:_____

Quantidade de Amostras Recebidas:_____

Fabricação/Validade_____

Número de registro da ANVISA:_____

## 2.AVALIAÇÃO DO MATERIAL:

Tem aplicação para cirurgia intraocular ( ) SIM ( ) NÃO

Solução injetável ( ) SIM ( ) NÃO

Estéril ( ) SIM ( ) NÃO

Não causa danos teciduais ( ) SIM ( ) NÃO

Material está de acordo com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO

**3- PARECER FINAL:**

Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO

Justificativa:_____

**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**

Hospital:_____

Setor:_____

| | |
|---|---|
| | Data:_____/____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oftalmologia |

| Descrição Resumida | MEIO DE CONSERVAÇÃO DE CÓRNEA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 25300 | 278653 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | MEIO DE CONSERVAÇÃO DE CÓRNEA. Característica adicional: Composto por sulfato de condroitina, dextran 40, bicarbonato de sódio, gentamicina e/ou sulfato de estreptomicina, aminoácidos, piruvato de sódio, l-glutamina, e-mercaptoetanol, fenol vermelho. Limite de conservação: 14 dias. Uso único. Forma de apresentação: frasco 15 a 20 ml. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Meio de conservação de córnea |
| Tipo de apresentação | FR-FRASCO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MEIO DE CONSERVAÇÃO DE CÓRNEA<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DA EMBALAGEM:**<br><br>Data de fabricação: ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Data de validade: ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Delaminação na abertura ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Área de selagem adequada ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Possui registro na ANVISA ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3.AVALIAÇÃO DO PRODUTO:**<br><br>Meio de preservação para córnea ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Frasco de vidro vertical com 20 ml de solução estéril com antibióticos ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Produto possui propriedades mantenedoras da qualidade do tecido por 14 dias ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>4.PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oftalmologia |

| Descrição Resumida | FLUORESCEÍNA (SÓDICA) SOLUÇÃO OFTÁLMICA PARA USO TÓPICO 1% FRASCO CONTA-GOTAS 3 ML | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 90850 | 272944 | - | - | - | X | - | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | FLUORESCEINA (SODICA) A 1%. Aplicação: para diagnóstico de ceratite, úlceras de córnea e lesões de conjuntiva, Característica adicional: solução oftálmica para uso tópico, acondicionada em frasco conta-gotas, hermeticamente fechado e estéril, com 3 ml |
| Informação extra para justificativa da contratação | Solução utilizada em consultórios oftalmológicos para medida da pressão intra-ocular no tonômetro de aplanação e para identificação de alterações da superfície corneana como úlceras e ceratites. |
| Tipo de apresentação | FR-FRASCO |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FLUORESCEÍNA SÓDICA**<br><br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____<br>Lote:_____<br>Quantidade de Amostras Recebidas:_____<br>Fabricação/Validade_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>**2.AVALIAÇÃO DA EMBALAGEM:**<br><br>Tem aplicação na oftalologia, uso tópico ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Solução estéril frasco conta-gotas de 3 ml ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Utilizado para diagnóstico de patologias oftálmicas e aferição da PIO ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Concentração 1% ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>Material está de acordo om o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>4.PARECER FINAL:<br>Material recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____ |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____/_____/_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia central/ almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |

| Descrição Resumida | OCLUSOR OFTÁLMICO ESTÉRIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 91106 | 480522 | - | - | - | X | X | - |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | OCLUSOR OFTÁLMICO ESTÉRIL. Indicado para curativo pós operatório de cirurgias oftálmicas. Confeccionado em manta de algodão purificado envolto em não tecido absorvente. Características adicionais: macia, alta absorção, livre de fiapos, não aderente. Tamanho aproximado: 5 cm (+/- 1 cm) x 6 cm (+/- 1 cm) em formato anatômico. |
| Informação extra para justificativa da contratação | COMPRESSA OCULAR, OCLUSOR OFTALMICO – Compressa ocular ou oclusor ocular consiste em um artigo utilizado no curativo de pós-operatório de cirurgias oculares e lesões oculares com liberação de fluídos. A aquisição visa abastecer a rede para atender a demanda dos pacientes dos serviços oftalmológicos. |
| Tipo de apresentação | UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | NÃO |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA |

Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja

1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:

2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:

2.1- Embalagem:

| | | |
|---|---|---|
| Oferece proteção ao produto, mantendo sua integridade e esterilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Identificação completa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a abertura em técnica asséptica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Recomendações de uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

2.2- Produto

| | | |
|---|---|---|
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Manta de algodão purificado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Anatômico | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Envolto em não tecido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta bom acabamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa absorção de fluidos e secreções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Hipoalergênico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Proporciona conforto ao paciente | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fácil aplicação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justiicativa: | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>_____<br>Setor:_____<br>_____ Data:_____/_<br>_____/_____<br>Nome:<br>_____<br>ASSINATURA/ CARIMBO | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | |
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z | | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO | | |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com | | |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Oftalmologia | | |

## GRUPO:UROLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CAPAS DESC. PLÁSTICO TRANSP. P/ENVOLVIMENTO CABO OTICO E MICROCAMERA COMP. APROX. 2 METROS P/CIRURGIA VIDEOENDOSCOPICA | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 92018 | 315532 | - | - | - | X | - | - |
| Descrição Completa | Capas desc. Plastico transp. P/envolvimento cabo otico e microcamera comp. Aprox. 2 metros p/cirurgia videoendoscopica 1. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Efetiva barreira de proteção microbiana, impedindo a contaminação de áreas estéreis e assegurando condições de assepsia dentro do ambiente cirúrgico. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CAPA DESCARTÁVEL PARA CABO ÓTICO**<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Lote:_____<br>Especificação:_____<br>Tamanho:_____<br>Marca do produto:_____<br>Número de registro da ANVISA:_____<br>Número de amostras recebidas:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br>Marca ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fabricante ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de Validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lote ( ) SIM ( ) NÃO<br>Identificação do produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Impressão gráfica legível ( ) SIM ( ) NÃO<br>Embalagem íntegra ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Registro do produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**2.1- Avaliação do produto:**<br>Tamanho do produto de acordo com o descritivo ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta-se íntegro ( ) SIM ( ) NÃO Estéril ( ) SIM ( ) NÃO<br>Resistente a deformidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta todos os componentes necessários ao uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta qualidade adequeada para a realização segura o procedimento ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____<br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gescir.sesdf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Urologia |

## GRUPO:CARDIOLOGIA

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | PAPEL MILIMETRADO TAMANHO A-4 (216/280 MM) | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média complexidade | Pré - hospitalar |
| 14079 | 395245 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Papel milimetrado tamanho a-4 (216/280 mm) p/eletrocardiografo mod. Eletropagina ep - 3, marca dixtal | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O eletrocardiograma (ECG) é um exame extremamente importante para a avaliação diagnóstica dos pacinetes, possibilitando o diagnóstico de várias patologias, inclusive infarto agudo do miocárdio, arritimias, entre outros.Há na Rede SES eletrocardiógrafos modelo EP-3 Marca Dixtal que necessita do insumo PAPEL MILIMETRADO TAMANHO A-4 (216/280 mm) para realização do exame | | | | | | |
| Tipo de apresentação | PC - PACOTE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Aparelho de eletrocardiograma ep-3 marca dixtal | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | Protocolo de Avaliação do papel milimetrado<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Lote:_____<br><br>Especificação:_____<br><br>Tamanho:_____<br><br>Marca do produto:_____<br><br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>Número de amostras recebidas:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Embalagem íntegra ( )SIM ( ) NÃO<br>Quantidade informada na embalagem (100 fls) ( )SIM ( ) NÃO<br>Papel couché (encerado, liso) ( )SIM ( ) NÃO<br>Possui registro da ANVISA ( )SIM ( ) NÃO<br>Garantia informada ( )SIM ( ) NÃO<br>Apresenta dimensões compatíveis com o descrito tamanho A4 (216x280mm) ( )SIM ( ) NÃO<br>Compatibilidade com Eletrocardiógrafo Dixtal EP3 ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:** | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____<br><br>Setor:_____<br><br>Data:_____<br><br>Nome:_____<br><br>ASSINATURA/CARIMBO |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.coasis@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cardiologia |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | CANETA PILOT HI - TETCPINT V5 EXTRA FINE P/ELETROCARDIOGRAFO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 17269 | 428070 | - | - | X | X | - | - |
| Descrição Completa | Caneta pilot hi - tecpoint v5 extra fine p/eletrocardiografo mod. Eletropagina ep - 3, marca dixtal | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O eletrocardiograma (ECG) é um exame extremamente importante para a avaliação diagnóstica dos pacinetes, possibilitando o diagnóstico de várias patologias, inclusive infarto agudo do miocárdio, arritimias, entre outros.Há na Rede SES eletrocardiógrafos que necessita do insumo CANETA PILOT para realização do exame. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UM-UM | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Aparelho de eletrocardiograma ep-3 marca dixtal | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIÇÃO DA CANETA PILOT<br><br>**1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Lote:_____<br><br>Especificação:_____<br><br>Tamanho:_____<br><br>Marca do produto:_____<br><br>Número de registro da ANVISA:_____<br><br>Número de amostras recebidas:_____<br><br>**2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:**<br><br>Tinta preta ( )SIM ( ) NÃO<br>Escrita sem resíduos ( )SIM ( ) NÃO<br>Ponta intacta, de aço inos e com 0,5mm ( )SIM ( ) NÃO<br>Modelo Hi-Techpoint V5 ( )SIM ( ) NÃO<br><br>**3- PARECER FINAL:**<br><br>O material é recomendado para aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa:_____<br><br>**4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/PARECERISTA:**<br><br>Hospital:_____ | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | X |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | dasis.coasis@saude.df.gov.br |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | Cardiologia |

## GRUPO: SAMU

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COLAR CERVICAL REGULÁVEL ADULTO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 33698 | 0359218 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | COLAR CERVICAL REGULÁVEL ADULTO com as seguintes especificações mínimas: Colar cervical utilizado para imobilização da coluna cervical na remoção e transporte de acidentados; Deverá ser regulável para tamanhos PP, P, M, G com regulagem da altura através de um sistema duplo de trilhos nas duas laterais da parte anterior do colar, com fixação através de botão com encaixe sob pressão; O colar deverá ser desmontável em duas partes com encaixe perfeito, não permitindo o movimento lateral das partes; O tamanho do colar deverá ser visualizado através de uma marca correspondente à altura desejada quando se desliza o suporte mentoniano; O conjunto deverá formar uma peça única confeccionado em polietileno e polipropileno com preenchimento em EVA com espessura de 5 mm; O fechamento deverá ser feito através de velcro de 50 mm de largura permitindo um ajuste na circunferência; O colar deverá possuir resistência suficiente para manutenção da região cervical imobilizada não permitindo a movimentação do pescoço quando ajustado; O colar deverá ter resistência para suportar o peso da cabeça e impedir o movimento de sua extensão/flexão; O colar deverá possuir suporte mentoniano até a região pré-auricular; O colar deverá possuir uma abertura na parte frontal suficiente para que seja possível a checagem de pulso carotídeo, bem como, cirurgia de liberação de vias aéreas; Deverá possuir abertura para ventilação no painel traseiro;<br>Deverá ser totalmente radiolucente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A aquisição visa a estruturação e as condições de trabalho das equipes do SAMU, adequação ao tipo de procedimento realizado e irá manter o serviço em condições de responder prontamente às necessidades da população. O material supracitado será utilizado pelas equipes do SAMU-DF, tanto nas viaturas de suporte básico e avançado de vida,quanto nas motolâncias. O dispositivo é destinado para imobilização da coluna cervical na remoção e transporte de acidentados. Considerando que para anular qualquer tipo de infecção cruzada entre pacientes é recomendada a eliminação do produto após a utilização. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO COLAR CERVICAL<br><br>1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>Marca do Produto: _____<br>Lote: _____<br>Fabricante: _____<br>Quantidade de Amostras: _____<br>Fabricação: _____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>2.1Embalagem:<br>Catálogo com a Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fácil manuseio ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentação completa do equipamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descritivo compatível com a especificação técnica ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2. Produto:<br>Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa execução da técnica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>3.PARECER FINAL:<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br><br>4. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | COLAR CERVICAL REGULÁVEL PEDIÁTRICO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 33699 | 0359218 | - | - | - | X | - | X |
| Descrição Completa | COLAR CERVICAL REGULÁVEL PEDIÁTRICO. Colar cervical pediátrico com as seguintes especificações mínimas: Colar cervical utilizado para imobilização da coluna cervical na remoção e transporte de acidentados; Deverá ser regulável para tamanhos neonatal, pediátrico, PP, P, M e G, com regulagem da altura através de um sistema duplo de trilhos nas duas laterais da parte anterior do colar, com fixação através de botão com encaixe sob pressão; O colar deverá ser desmontável em duas partes com encaixe perfeito, não permitindo o movimento lateral das partes; O tamanho do colar deverá ser visualizado através de uma marca correspondente à altura desejada quando se desliza o suporte mentoniano; O conjunto deverá formar uma peça única confeccionado em polietileno e polipropileno com preenchimento em EVA com espessura de 5 mm; O fechamento deverá ser feito através de velcro de 50 mm de largura. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | A aquisição visa a estruturação e as condições de trabalho das equipes do SAMU, adequação ao tipo de procedimento realizado e irá manter o serviço em condições de responder prontamente às necessidades da população. O material supracitado será utilizado pelas equipes do SAMU-DF, tanto nas viaturas de suporte básico e avançado de vida,quanto nas motolâncias. O dispositivo é destinado para imobilização da coluna cervical na remoção e transporte de acidentados. Considerando que para anular qualquer tipo de infecção cruzada entre pacientes é recomendada a eliminação do produto após a utilização. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO COLAR CERVICAL<br><br>1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>Marca do Produto: _____<br>Lote: _____<br>Fabricante: _____<br>Quantidade de Amostras: _____<br>Fabricação: _____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>2.1Embalagem:<br>Catálogo com a Identificação do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Registro do Produto em órgão regulador ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta Instruções de uso do Produto ( ) SIM ( ) NÃO<br>Fácil manuseio ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentação completa do equipamento ( ) SIM ( ) NÃO<br>Descritivo compatível com a especificação técnica ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>2.2. Produto: | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Tamanho compatível com o solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta boa maleabilidade e flexibilidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>Superfície lisa e livre de rebarbas, ponta arredondada ( ) SIM ( ) NÃO<br>Espessura uniforme ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite boa execução da técnica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece conforto ao paciente ( ) SIM ( ) NÃO<br><br>**3.PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:** _____<br><br>**4. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Descrição Resumida | CONJUNTO PARA PARTO EM EMBALAGEM PLÁSTICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 28920 | **436306** | - | - | - | X | - | X |

| | |
|---|---|
| Descrição Completa | CONJUNTO PARA PARTO EM EMBALAGEM PLÁSTICA. Organizado em envelope resistente e plastificado que permita a visualização do conteúdo em um dos lados. Lacrado por sistema especial que permita a verificação de inviolabilidade pelo profissional de saúde.<br>Cada conjunto contém:<br>01 Absorvente higiênico hospitalar;<br>01 Avental descartável com manga longa;<br>01 Bisturi estéril;<br>01 Bracelete de identificação;<br>02 Clamps (prendedor do cordão umbilical);<br>01 Compressa cirúrgica;<br>01 Lençol descartável 2,00 m x 0,90 m;<br>02 Pacotes de gaze estéril 7,5 cm x 7,5 cm;<br>01 Par de luva cirúrgica estéril;<br>02 Pares de luva de procedimento;<br>02 Saches de álcool;<br>01 Saco plástico. |
| Informação extra para justificativa da contratação | Destinado ao uso em parto emergencial em ambiente pré-hospitalar. Possui todos os itens que os médicos ou profissionais de saúde necessitam para realizar um parto emergencial. |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO COLAR CERVICAL<br><br>1. CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>Marca do Produto: _____<br>Lote: _____<br>Fabricante: _____<br>Quantidade de Amostras: _____<br>Fabricação: _____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br><br>2.1. Produto:<br>Possui largura miníma de 10cm ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui camada interna tripla em algodão e flo c/ gel ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui camada externa em filme plástico resistente e impermeável ( ) SIM ( ) NÃO<br>Avental descartável ( ) SIM ( ) NÃO |

| | |
|---|---|
| | Possui manga longa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Possui abertura dorsal contendo tiras para amarra na cintura e pescoço ( ) SIM ( ) NÃO<br>Lâmina de bisturi ( ) sim ( ) não<br>Em aço carbono estéril ( ) sim ( ) não<br>tamanho 20 ou superior ( ) sim ( ) não<br>Bracelete de identificação ( ) sim ( ) não<br>Em materialatóxico ( ) sim ( ) não<br>Resistente a rasgos e a rupturas ( ) sim ( ) não<br>Seu fecho é auto-colante ou de pressão ( ) sim ( ) não<br>Possui braceles individuais para mãe e recém-nascido ( ) sim ( ) não<br>Clamp de cordão umbilical ( ) sim ( ) não<br>Atóxico e anti-alérgico ( ) sim ( ) não<br>Estéril ( ) sim ( ) não<br><br>**2.2. Compressa cirúrgica :**<br>Pré-lavada ( ) sim ( ) não<br>Tecido 100% algodão ( ) sim ( ) não<br>possui capacidade de absorção de sangue e exudatos ( ) sim ( ) não<br>Tamanho mínimo de 25cmx28cm ( ) sim ( ) não<br>Compressa gaze 7,5cmx7,5cm<br>Estéril ( ) sim ( ) não<br>Em fio de algodão ( ) sim ( ) não<br>Possui capacidade de absorção de sangue e exudatos ( ) sim ( ) não<br><br>**2.3. Lençol descatável :**<br>Confeccionado em tnt ( ) sim ( ) não<br>Tamanho mínimo de 2,00mx0,90m ( ) sim ( ) não<br><br>**3.PARECER FINAL:**<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>**Justificativa e Observação:** _____<br><br>**4. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central/ Almoxarifado |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Y |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO PEDIÁTRICO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 28925 | **457435** | - | - | - | - | - | X |
| Descrição Completa | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO PEDIÁTRICO. Agulha para uso pediátrico, descartável, para procedimento de infusão intra-óssea. Utilizada com um rosqueador elétrico (controlado pelo operador) para realizar a inserção. Agulha com cânula de calibre 15 gauge, comprimento de 15 mm, em aço inoxidável. Cateter milimetrado para controlar a profundidade de inserção. Acompanha conector e pulseira. Estéril | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O acesso intra-ósseo (IO) é um método alternativo à administração intravenosa de medicamentos e fluidos. Comumente usado no atendimento pré-hospitalar, o acesso tem expandido a sua utilização para uma variedade de situações: na sala de emergência, em paradas cardíacas, na população pediátrica, e vem ganhando popularidade em situações onde o acesso intravenoso é difícil.<br>As diretrizes da American Heart Association (AHA, 2015), seguidas pelo SAMU-DF, salienta a punção intraóssea como um acesso rápido, efetivo e seguro ao sistema circulatório, para a administração de medicamentos e fluídos em todas as faixas etárias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem:<br>Impressão gráfica legível e completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de esterilidade / validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>2.2- Produto<br>Composição do material compatível com o solicitado pela SES( ) SIM ( ) NÃO<br>Dimensões compatíveis com solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Cateter milimetrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Indicado para utilização em rosqueador elétrico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Acompanha conector e pulseira ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece segurança ao profissional ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a técnica de implantação do cateter ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentou algum desvio de qualidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA: | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para aúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO ADULTO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 28926 | **457435** | - | - | - | - | - | X |
| Descrição Completa | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO ADULTO. Agulha para uso adulto, descartável, para procedimento de infusão intra-óssea. Utilizada com um rosqueador elétrico (controlado pelo operador) para realizar a inserção. Agulha com cânula de calibre 15 gauge, comprimento de 25 mm, em aço inoxidável. Cateter milimetrado para controlar a profundidade de inserção. Acompanha conector e pulseira. Estéril | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O acesso intra-ósseo (IO) é um método alternativo à administração intravenosa de medicamentos e fluidos. Comumente usado no atendimento pré-hospitalar, o acesso tem expandido a sua utilização para uma variedade de situações: na sala de emergência, em paradas cardíacas, na população pediátrica, e vem ganhando popularidade em situações onde o acesso intravenoso é difícil.<br>As diretrizes da American Heart Association (AHA, 2015), seguidas pelo SAMU-DF, salienta a punção intraóssea como um acesso rápido, efetivo e seguro ao sistema circulatório, para a administração de medicamentos e fluídos em todas as faixas etárias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem:<br>Impressão gráfica legível e completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de esterilidade / validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>2.2- Produto<br>Composição do material compatível com o solicitado pela SES( ) SIM ( ) NÃO<br>Dimensões compatíveis com solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Cateter milimetrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Indicado para utilização em rosqueador elétrico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Acompanha conector e pulseira ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece segurança ao profissional ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a técnica de implantação do cateter ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentou algum desvio de qualidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA: | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO NO ÚMERO | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Zoonoses | Pré-hospitalar |
| 28927 | **457435** | - | - | - | - | - | X |
| Descrição Completa | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO NO ÚMERO. Agulha para uso no úmero, descartável, para procedimento de infusão intra-óssea, Utilizada com um rosqueador elétrico (controlado pelo operador) para realizar a inserção. Agulha com cânula de calibre 15 gauge, comprimento de 45 mm, em aço inoxidável. Cateter milimetrado para controlar a profundidade de inserção. Acompanha conector e pulseira. Estéril | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | O acesso intra-ósseo (IO) é um método alternativo à administração intravenosa de medicamentos e fluidos. Comumente usado no atendimento pré-hospitalar, o acesso tem expandido a sua utilização para uma variedade de situações: na sala de emergência, em paradas cardíacas, na população pediátrica, e vem ganhando popularidade em situações onde o acesso intravenoso é difícil.<br>As diretrizes da American Heart Association (AHA, 2015), seguidas pelo SAMU-DF, salienta a punção intraóssea como um acesso rápido, efetivo e seguro ao sistema circulatório, para a administração de medicamentos e fluídos em todas as faixas etárias. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UN - UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | Não | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras. | Documentação a ser exigida pela área técnica: CRP e CBPF para os produtos com classificação de risco III e IV, de acordo com a RDC vigente. | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Tamanho:_____ Nº de Amostras:_____<br><br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL:<br>2.1- Embalagem:<br>Impressão gráfica legível e completa ( ) SIM ( ) NÃO<br>Permite abertura em técnica asséptica ( ) SIM ( ) NÃO<br>Protege o produto, mantendo sua integridade e esterilidade desde a fabricação até o uso ( ) SIM ( ) NÃO<br>Data de fabricação ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresenta data de esterilidade / validade ( ) SIM ( ) NÃO<br>2.2- Produto<br>Composição do material compatível com o solicitado pela SES( ) SIM ( ) NÃO<br>Dimensões compatíveis com solicitado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Cateter milimetrado ( ) SIM ( ) NÃO<br>Indicado para utilização em rosqueador elétrico ( ) SIM ( ) NÃO<br>Acompanha conector e pulseira ( ) SIM ( ) NÃO<br>Oferece segurança ao profissional ( ) SIM ( ) NÃO<br>Favorece a técnica de implantação do cateter ( ) SIM ( ) NÃO<br>Apresentou algum desvio de qualidade ( ) SIM ( ) NÃO<br>3- PARECER FINAL<br>Material recomendado para a aquisição na SES? ( ) SIM ( ) NÃO<br>Justificativa e Observação: _____<br>4 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA: | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 1 |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | Farmácia Central |
| Vida útil do item | Conforme especificação do fabricante |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Entre a data de fabricação e a data de entrega nos locais indicados não deverá ter transcorrido mais de 25% (vinte e cinco por cento) do prazo de validade. |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | Não |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO PVC MACRO FOTOSSENSÍVEL MIN. 2.00M INTERMEDIÁRIO EM SILICONE. | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35542 | 390591 | | | | | | X |
| Descrição Completa | Equipo para Bomba de Infusão PVC Macro Fotossensível Min. 2.00M Intermediário em Silicone.<br>EXCLUSIVO PARA SAMU. Equipo para bomba de infusão de sistema peristáltico, tipo simples, com tubo em PVC ou similar,composto de filtro de radiações luminosas, câmara flexível de macrogotejamento, respiro com filtro de ar bacteriológico e filtro de retenção de partículas, no mínimo 2,00 metros, com intermediário em silicone grau médico, lanceta universal com tampa oclusora, controle de gotejamento por pinça corta fluxo (tipo rolete), tampas oclusoras protetoras dos conectores terminais, extremidade tipo luer com capa protetora, embalagem em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, a apresentação do produto deverá obedecer à legislação atual vigente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Tem como finalidade intermediar administração segura de soluções que necessitem de controle mais preciso da velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em bombas de infusão de sistema peristáltico linear. Essas bombas possuem um mecanismo composto por diversas placas que pressionam o tubo contra um batente através de movimentos ondulatórios, o fluido é impulsionado pela pressão aplicada no tubo em posições consecutivas. Os equipos fotossensíveis - indicados para os fármacos que necessitam de cuidados específicos, como a sensibilidade de luz, que podem perder suas características medicamentosas ao ficarem expostas à luz.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes que necessitam de utilização de drogas fossensíveis durante o atendimento de emergência.<br>A ausência destes insumos acarretará em prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco de exposição a fármacos em doses excessivas, podendo inclusive, reduzir a oferta de serviços oferecidos à população, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam do atendimento pré hospitalar. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO PORTÁTIL<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA<br>1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL:<br>Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____<br>2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2.1- Embalagem:** | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| **2.2- Produto** | | |
| Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.1- Penetrador*** | | |
| Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.2 Câmara gotejadora*** | | |
| Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.3 Tubo*** | | |
| Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.4 Pinça*** | | |
| Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.5 Conector*** | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| ***2.2.6 Entrada de ar*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA PERISTÁLTICO TIPO SIMPLES | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35543 | 390591 | | | | | | X |
| Descrição Completa | Equipo para Bomba de Infusão de Sistema Peristáltico Tipo Simples EXCLUSIVO PARA SAMU. Equipo para bomba de infusão de sistema peristáltico, tipo simples, com tubo em material isento de PVC, câmara flexível de macrogotejamento, 20 gotas/ml, com entrada de ar lateral e filtro bacteriológico de 0,22 micras, no mínimo 1,50 metros, contendo filtro de infusão com porosidade de 0,22 micras com intermediário isento de PVC, ponta perfurante padrão ISO com tampa protetora, controle de gotejamento por pinça tipo roldana, tampas oclusoras, extremidade tipo luer com tampa protetora, embalagem em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica, a apresentação do produto deverá obedecer a legislação atual vigente. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Tem como finalidade intermediar administração segura de soluções que necessitem de controle mais preciso da velocidade de infusão. Trata-se de um insumo desenvolvido para uso específico em bombas de infusão de sistema peristáltico linear. Essas bombas possuem um mecanismo composto por diversas placas que pressionam o tubo contra um batente através de movimentos ondulatórios, o fluido é impulsionado pela pressão aplicada no tubo em posições consecutivas.<br>Seu uso é indispensável ao cuidado de pacientes graves. A ausência destes insumos acarretará em prejuízo no atendimento ao usuário do sistema de saúde, comprometendo a qualidade da assistência prestada e colocando a saúde dos usuários em risco de exposição a fármacos em doses excessivas, podendo inclusive, reduzir a oferta de serviços oferecidos à população, além do risco de lesão permanente dos pacientes que necessitam do atendimento pré hospitalar. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | BOMBA DE INFUSÃO PORTÁTIL<br>(NECESSITA DE ESTUDO DE VIABILIDADE) | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO NA ANVISA<br>Fabricado de acordo com a norma ABNT NBR ISO 8536-8<br>CERTIFICADO DE COMPATILIBILIDADE COM A BOMBA DE INFUSÃO-INMETRO | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPOS GRAVITACIONAL E DE BOMBA | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresentam evidências claras de que foi aberta, não permitindo selamento posterior | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 2.2- Produto | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Resistente à trações | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Fabricado em material atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Assegura compatibilidade com recipientes para soluções e dispositivos intravenosos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta sinais de vazamento de ar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.1- Penetrador* | | |
| | Ocorre extração de material durante o processo de penetração | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor mantém a esterilidade da ponta e interior do equipo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta perfeita penetração ao frasco de solução | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.2 Câmara gotejadora* | | |
| | Apresenta boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material maleável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Filtro de partículas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.3 Tubo* | | |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Comprimento compatível com o descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Priming é adequado/compatível ao produto solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.4 Pinça* | | |
| | Oferece praticidade no manuseio | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Garante fluxo contínuo sem danos ao tubo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão no controle do gotejamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.5 Conector* | **( ) SIM** | **( ) NÃO** |
| | Extremidades distais dos conectores macho, atendem ao luer lock | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Protetor do conector mantém a esterilidade do produto (filtro) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece boa adaptação aos dispositivos de punção | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | *2.2.6 Entrada de ar* | *( ) SIM* | *( ) NÃO* |
| | Possui filtro hidrofóbico de 0,22µ | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui tampa | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta boa maleabilidade | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***2.2.7 Injetor Lateral - ( ) autocicatrizante ( ) dispositivo valvado*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Material transparente ou translúcido | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Apresenta vazamento superior a uma gota | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Possui boa adaptação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Câmara Graduada*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Permite boa visualização | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Oferece precisão da escala graduada | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Capacidade volumétrica compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.8 Fotossensível*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Acompanha capa protetora do frasco de soro | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Todo circuito em coloração âmbar | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | ***2.2.9 PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO*** | ***( ) SIM*** | ***( ) NÃO*** |
| | Compatibilidade comprovada com a bomba de infusão | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Favorece a administração segura das soluções | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Volume/velocidade compatíveis com o programado no equipamento | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | 3- PARECER FINAL | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Justificativa e Observação:<br>_____ | | |
| | 4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:<br>Hospital:_____<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>Nome:_____ | | |

| | |
|---|---|
| Vida útil do item | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE |
| Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z) | Z |
| Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF |
| Necessidade e justificativa de aquisição por lote | NÃO |
| Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB | gaphm.samudf@gmail.com |
| Área técnica responsável pelo insumo/medicamento | SAMU |

## GRUPO: CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES

| Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descrição Resumida | EMBALAGEM PLÁSTICA ESTÉRIL 25X35 CM COM CORDONET | | | | | | |
| Código SES | Código BR | Código SUS | Níveis de Atenção | | | | |
| | | | At. Primária | At. Secundária | At. Hospitalar (Terciária) | Média Complexidade | PRÉ HOSP |
| 35752 | 219921 | | | | X<br>IHBDF (CET) | | X |
| Descrição Completa | EMBALAGEM PLÁSTICA ESTÉRIL 25X35 CM COM CORDONET. Aplicação: acondicionamento e transporte de órgãos (rim) para transplante. Material: confeccionada em plástico transparente atóxico, impermeável, resistente. Tamanho/Capacidade: Dimensões 25 (largura) x 35 (altura) cm. Características adicionais: presença de cordonet. Processo de Esterilização: esterilizado por radiação Gama. Prazo de validade: 03 anos. Apresentação: embalada em papel grau cirúrgico e filme plástico de polietileno e PVC, com selagem uniforme. | | | | | | |
| Informação extra para justificativa da contratação | Trata-se da aquisição de material **EMBALAGEM PLÁSTICA ESTÉRIL 25X35 CM COM CORDONET**, para atender as demandas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, relacionadas ao **acondicionamento e transporte de órgãos para transplante**, em conformidade com a RESOLUÇÃO-RDC Nº 66, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2009. | | | | | | |
| Tipo de apresentação | UNIDADE | | | | | | |
| Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade) | SIM | | | | | | |
| Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO, CA emitido pelo MTE, e outras. | AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE)/ANVISA<br>ALVARÁ SANITÁRIO<br>REGISTRO/NOTIFICAÇÃO ANVISA | | | | | | |
| Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja | | | | | | | |
| Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras | 3 UNIDADES | | | | | | |
| Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central | | | | | | | |

| PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE EMBALAGEM PLÁSTICA ESTÉRIL 25X35 CM COM CORDONET | | |
|---|---|---|
| 1- CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| Marca do Produto:_____ Lote:_____<br>Especificação: _____Nº de Amostras:_____ | | |
| 2. AVALIAÇÃO DO MATERIAL: | | |
| 2.1- Embalagem: | | |
| Íntegra | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Impressão gráfica completa e legível | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Informação para manuseio/uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Favorece abertura em técnica asséptica ( ) Não se aplica | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| Protege o produto, mantendo integridade/esterilidade desde a fabricação até o uso | ( ) SIM | ( ) NÃO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Data de fabricação | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Data de esterilização e validade | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **2.2- Produto** | | |
| | Composição compatível com descritivo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Com cordonet | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Tamanho compatível com o solicitado | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material transparente e atóxico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Material é resistente e impermeável | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | Permitem ser montadas de forma que, fechadas, previnam perda de conteúdo devido às condições de transporte, seja por vibração, mudanças de temperatura ambiente, umidade ou pressão. | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **3- PARECER FINAL** | | |
| | Material recomendado para a aquisição na SES? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| | **Justificativa e Observação:** _____ | | |
| | **4- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PARECERISTA:**<br>Setor:_____<br>Data:_____<br>**Nome:**_____ | | |
| **Vida útil do item** | CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO FABRICANTE | | |
| **Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)** | Z | | |
| **Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega** | Exigências referentes ao prazo de validade dos produtos conferido no momento da entrega, devem ser definidas pela Subsecretaria de Logística da SES/DF | | |
| **Necessidade e justificativa de aquisição por lote** | NÃO | | |
| **Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB** | nopodistritofederal@gmail.com | | |
| **Área técnica responsável pelo insumo/medicamento** | CET/CRDF | | |