Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Comissão de Padronização e Qualificação de Materiais e Equipamentos Hospitalares -COPEM

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE INSUMOS PARA PRIMEIRA COMPRA

Nº

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO		
EMPRESA:	CNPJ:	
REGISTRO DA ANVISA:	CÓDIGO DO SIASG:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DESCRIÇÃO DO PRODUTO:		
APRESENTAÇÃO: ( )UNIDADE ( )CAIXA ( )BANDEJA ( )OUTRO:_____		
FINALIDADE:		
JUSTIFICATIVA DA INCLUSÃO DO MATERIAL:		
A FALTA DO PRODUTO IMPEDE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA.		
EXISTE PRODUTO EQUIVALENTE OU SIMILAR NO MERCADO? ( ) SIM ( ) NÃO. DESCREVA:		
ESTIMATIVA DE CONSUMO:		
O MATERIAL SOLICITADO POSSUI HISTÓRICO DE USO ANTERIOR EM OUTRAS INSTITUIÇÕES?		
O MATERIAL ATENDE AS EXIGÊNCIAS E NORMATIZAÇÕES LEGAIS DE REGISTRO NA AVISA ?		
O MATERIAL POSSUI HISTÓRICO DE NOTIFICAÇÕES DESVIO DE QUALIDADE NA ANVISA ? ( ) SIM ( ) NÃO. JUSTIFIQUE:		
QUAIS AS VANTAGENS DO USO DESSE INSUMO PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE ?		

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Comissão de Padronização e Qualificação de Materiais e Equipamentos Hospitalares -COPEM

O PRODUTO É UTILIZADO POR MAIS DE UMA ESPECIALIDADE OU ÁREA DE ATUAÇÃO ? ( ) SIM ( ) NÃO. QUAIS ?
EXISTE NECESSIDADE DE TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO, OU INVESTIMENTO PARA USO DESSE INSUMO ?
NÍVEL DE CRITICIDADE DO PRODUTO: ( )CRÍTICO ( )SEMI-CRÍTICO ( )NÃO CRÍTICO
INFORME AS CONTRA-INDICAÇÕES, PRECAUÇÕES, REAÇÕES ADVERSAS E RISCO ASSOCIADOS AO USO DO PRODUTO, SE HOUVER:

DADOS DO SOLICITANTE

NOME:	MATRICULA:
CARGO:	LOTAÇÃO:
CONTATO:	ASSINATURA:

CUSTO UNITÁRIO:	
CUSTO ANUAL:	

PARECER FINAL DA COPEM: ( ) APROVADO ( ) REPROVADO

_____
_____
_____

DATA: ___/___/____

_____
ASSINATURA/CARIMBO