PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Parecer Técnico

Utilize um formulário para cada instrumental

Uso exclusivo da COMPAMEO	
Número do Parecer Técnico:	Data:
Unidade de Saúde:	

Identificação do instrumental	
Nome do instrumental:	Número de lote:
Marca / Modelo:	
Fornecedor / Fabricante:	
Descritivo do instrumental:	

Avaliação do instrumental

EMBALAGEM			
Número do Lote		☐Sim	☐Não
Registro na ANVISA	☐Sim	☐Não	☐Não se aplica
Data de fabricação		☐Sim	☐Não
Data de validade visível		☐Sim	☐Não
Capacidade de proteger o produto		☐Sim	☐Não
Identificação do produto		☐Sim	☐Não
Identificação do fabricante		☐Sim	☐Não
SAC (Serviço de Atendimento ao Consumidor)		☐Sim	☐Não
Observações:			

ASPECTOS DO INSTRUMENTAL			
Poder corte (após uso e autoclavagem)	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐Não se aplica
Qualidade do aço inox	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐Não se aplica
Encaixe na caneta / contra- ângulo / engates	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐Não se aplica
Número de ciclos de esterilização:			
Aspecto após autoclavagem (oxidação)		☐Aspecto original	☐Sofreu alterações
Marca impressa no instrumento	☐Sim	☐Não	☐Não se aplica
Acabamento superficial		☐ Adequado	☐ Não adequado
Resistência (quebra, distorção)		☐Sim	☐Não
Flexibilidade	☐Sim	☐Não	☐Não se aplica
Formato		☐ Adequado	☐ Não adequado
Tempo de vida durante as testagens		☐ Adequado	☐ Não adequado
Adequação ao uso na prática clínica		☐ Adequado	☐ Não adequado

Observações:

Quantidade de testagens realizadas: _____

( ) Parecer favorável Justificativa:	( ) Parecer desfavorável Justificativa:

Responsável pela análise		
Cirurgião Dentista:		Matrícula:
Data:	Assinatura e carimbo:	
Responsável pela análise		
Técnico em saúde bucal:		Matrícula:
Data:	Assinatura e carimbo:	
Responsável pela análise		
Auxiliar de saúde bucal:		Matrícula:
Data:	Assinatura e carimbo:	
Responsável pela análise		
Outro profissional:		Matrícula:
Data:	Assinatura e carimbo:	