



Parecer Técnico

Utilize um formulário para cada material

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

Identificação do material	
Nome do material:	Número de lote:
Marca / Modelo:	
Fornecedor / Fabricante:	
Descrição do material:	

Avaliação do material

INVÓLUCRO			
Número do Lote	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica
Registro na ANVISA	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica
Data de fabricação		☐ Sim	☐ Não
Data de validade visível		☐ Sim	☐ Não
Capacidade de proteger embalagem e produto	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica
Identificação do produto		☐ Sim	☐ Não
Identificação do fabricante		☐ Sim	☐ Não
SAC (Serviço de Atendimento ao Consumidor)		☐ Sim	☐ Não
Observações:			
EMBALAGEM			
Vedamento (tampa, rosca)	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Aplicabilidade para o uso		☐ Adequado	☐ Não adequado
Capacidade de proteger/preservar produto		☐ Adequado	☐ Não adequado
Registro na ANVISA		☐ Sim	☐ Não
Identificação do produto		☐ Sim	☐ Não
Identificação do fabricante		☐ Sim	☐ Não
Número de lote		☐ Sim	☐ Não
Data de fabricação		☐ Sim	☐ Não
Data de validade visível		☐ Sim	☐ Não
Resistência (quebra)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica
Resistência a desinfecção (inclusive as informações)		☐ Sim	☐ Não
Observações:			



ASPECTOS DO MATERIAL			
Tempo de manipulação (bula)	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Tempo de trabalho (bula)	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Tempo de presa (bula)	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Cor conforme escala	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Cor conforme embalagem	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Acabamento superficial	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Lisura superficial	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Sabor	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Fluidez	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Resistência	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Flexibilidade	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica
Espessura	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Formato	☐ Adequado	☐ Não adequado	☐ Não se aplica
Adequação ao uso na rede pública		☐ 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: