|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| POA 11 PB  **SERVIÇO DE ANÁLISE TÉCNICA DE SUPRIMENTOS** | | **REQUERIMENTO DE  PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE**  **MARCA E MODELO DE PRODUTOS** | **No PROTOCOLO:** |
| Na condição de representante legal da empresa:  **Razão Social**\*:       CNPJ:  Endereço:       Bairro:  Município:       UF:       CEP:  Telefone: (     )      Nome:  E-mail\*: | | | |
| Venho requerer avaliação do produto abaixo discriminado, de acordo com o edital publicado no D.O.U. em 05/12/14, o qual prevê a pré-qualificação de produtos no HCPA. Identificamos a possibilidade de correspondência com o **código** **HCPA** :. | | | |
| *Tipo de Requerimento:*   1. Avaliação técnica (1ª) 2. Reavaliação técnica | 1. Alteração dos dados do produto   (4) Outro: | | |
| **Produto**\*:  **Marca**\*:       **Modelo (nome comercial)**\*:       Referência:  **Fabricante**\*:       Origem:  Código de barra (da menor apresentação dispensada):  Registro Nº:       Órgão:       (obrigatório se Produto para Saúde) | | | |
| Nº amostras enviadas:  Identificação obrigatória das amostras, conforme edital:  ☐ Rótulo de identificação do produto, em português, validade, marca e modelo do material  ☐ Validade da esterilização  ☐ Lote  ☐ Etiqueta de rastreabilidade do produto em português ( para OPME)  ☐ Etiqueta de identificação da amostra, em português, com nome do material, código HCPA, marca, modelo e empresa requerente  Acompanha documentação relacionada, conforme acima identificado, em português, dentro do período de vigência:  Data:       /       /  Assinatura responsável pelo requerimento    *Observação:* Este requerimento deve ser entregue em duas vias, no Serviço de Análise Técnica do HCPA.  Preenchimento por digitação eletrônica ou em letra de forma. | | | |
| *Campo para uso restrito do Serviço de Análise Técnica de Suprimentos*  Data:       /       /       ☐ Deferido ☐ Indeferido  Motivo: | | | |

**ADM-432FE – gráfica hcpa – set19**