|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 requerenteAcompanha 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 ☐ IndeferidoMotivo:       |

**ADM-432FE – gráfica hcpa – set19**