SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

SUS

PARECER TECNICO

Item 01

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: CURATIVO DE PLACA ANTIMICROBIANO DE HIDROFIBRA COM PRATA E FIBRA DE REFORÇO Curativo macio, estéril, que absorve grandes quantidades de exsudato e bactérias presentes na ferida, criando um gel macio e coeso, que se adapta intimamente à superfície da ferida, mantendo um ambiente úmido que auxilia na remoção de tecidos necróticos (desbridamento autolítico). Deve conter em sua base uma dupla camada de hidrofibra com gel, proporcionando maior proteção para o machucado e facilitando a remoção. Deve eliminar bactérias, incluindo superbactérias resistentes aos antibióticos, evitar formação de biofilme, conter o excesso de exsudato, ajuda a evitar contaminação cruzada e prevenindo a maceração do tecido, manter a umidade ideal para a ferida eliminando espaço para tecido morto e proliferação das bactérias. Composto por fibras de não tecido, uma camada de carboximetilcelulose sódica impregnado com 1,2% de prata iônica (agente microbiano), com ácido etilenodiamino tetra-acético (edta), cloreto de benzetônio e reforçado com fibra de celulose regenerada. Que permita ser recortável e que possa permanecer por até 07 dias. TAMANHO:15 X 15 CM

MARCA: EXUFIBER AG/MOLNLYCKE

2 – Pontos Positivos:

2.1 – Pontos Negativos:

Não atende ao Tamanho solicitado, itens da amostra encaminhada não correspondem com os itens do descritivo (1,2% prata iônica, composta dupla de hidrofibras, e outros)

3 – Resultado do Teste: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Justifique:

Idem 2.1.

Responsável/Carimbo: Tatiana Arbach Gerente de Enfermagem

Em___/___/___

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

SUS

PARECER TECNICO

Item 02

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: CURATIVO DE PLACA ANTIMICROBIANO DE HIDROFIBRA COM PRATA E FIBRA DE REFORÇO Curativo macio, estéril, que absorve grandes quantidades de exsudato e bactérias presentes na ferida, criando um gel macio e coeso, que se adapta intimamente à superfície da ferida, mantendo um ambiente úmido que auxilia na remoção de tecidos necróticos (desbridamento autolítico). Deve conter em sua base uma dupla camada de hidrofibra com gel, proporcionando maior proteção para o machucado e facilitando a remoção. Deve eliminar bactérias, incluindo superbactérias resistentes aos antibióticos, evitar formação de biofilme, conter o excesso de exsudato, ajuda a evitar contaminação cruzada e prevenindo a maceração do tecido, manter a umidade ideal para a ferida eliminando espaço para tecido morto e proliferação das bactérias. Composto por fibras de não tecido, uma camada de carboximetilcelulose sódica impregnado com 1,2% de prata iônica (agente microbiano), com ácido etilenodiamino tetra-acético (edta), cloreto de benzetônio e reforçado com fibra de celulose regenerada. Que permita ser recortável e que possa permanecer por até 07 dias. TAMANHO:15 X 15 CM

MARCA: FIBROSOL AG

2 – Pontos Positivos:

/

2.1 – Pontos Negativos:

Não atende ao tamanho solicitado, itens da amostra encaminhada não corresponde com o itens do descritivo. (1,2% prata iônica, camada dupla de hidrofibra, e outros)

3 – Resultado do Teste: ( ) Aprovado (X) Reprovado

Justifique:

Idem 2.1.

Responsável/Carimbo: Claucilea Arbach – Gerente de Enfermagem – COREN-RJ ...

Em 09/07/25

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedireção@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

Hospital São João Batista

SUS

PARECER TECNICO

Item 04

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: CURATIVO DE ESPUMA NÃO ADESIVA COM PRATA Espuma não adesiva pode ser usado em feridas exsudativas com a cicatrização prejudicada devido a bactérias, ou onde há risco de infecção, incluindo úlceras de perna, lesões por pressão, queimaduras de segundo grau, úlceras diabéticas, feridas pós-operatórias e abrasões na pele. Cobertura que permita ser utilizada em terapia compressiva que permita o preenchimento de cavidades/espaço morto e através da liberação sustentada de prata, tenha efeito antimicrobiano e contínuo durante todo o tempo de uso em até 7 dias. Espuma deve ser de poliuretano absorvente, macia e flexível, com um complexo de prata que se dispersa homogeneamente em toda a matriz da espuma. TAMANHO 15 X 15 CM

MARCA: SILVERSOFT

2 – Pontos Positivos:

Possui Prata, não adesiva,

2.1 – Pontos Negativos:

Não permite uso contínuo de até 07 dias.

3 – Resultado do Teste: ( ) **Aprovado** (X) **Reprovado**

Justifique:

Idem 2.1.

Responsável/Carimbo: Glaucilene Arouch – Gerente de Enfermagem

Em 07/08/25

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

PARECER TECNICO

Item 05

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: CURATIVO DE ESPUMA ADESIVA COM PRATA - Espuma de poliuretano, macia, estéril, com capacidade de absorção superior e vertical. Sistema tranca-fluído para retenção do exsudato mesmo sob compressão e que se conforma ao leito da ferida, preenchendo o espaço morto e prevenindo o acúmulo do exsudato, que permita um meio úmido ideal para o processo de cicatrização. A face superior deve apresentar filme de poliuretano impermeável à água e bactérias, que permita as trocas gasosas e que possa permanecer por até 07 dias. TAMANHO 10 X 20 CM

MARCA: SMITH & NEPHEW

2 – Pontos Positivos:

Não observado.

2.1 – Pontos Negativos:

Tamanho incompatível com o solicitado.

3 – Resultado do Teste: ( ) Aprovado (X) Reprovado

Justifique:

Idem item 2.1.

Responsável/Carimbo: [signature] ...ia Arb... Gerente de Enfermagem COREN-RJ ...

Em 09/07/25

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

SUS

ITEM 6

PARECER TECNICO

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: CURATIVO DE ESPUMA COM SILICONE SEM PRATA Curativo de espuma poliuretano absorvente, macio e flexível, com uma película superior semipermeável, adesivo de silicone suave para proteção da pele, resistente à água e bactérias, que permita um manejo adequado do espaço morto e do exsudato da ferida independente do formato que tenha. Sistema tranca-fluído para retenção do exsudato mesmo sob compressão e que se conforma ao leito da ferida, preenchendo o espaço morto e prevenindo o acúmulo do exsudato e que permita a redistribuição da secreção de forma vertical no curativo e que possa permanecer por até 07 dias. TAMANHO 10 X 10 CM

MARCA: MISSNER

2 – Pontos Positivos:

Tamanho compatível c/o solicitado.

2.1 – Pontos Negativos:

Não possui dispositivos que garanta a permanência do curativo por até 07 dias. Necessita de cobertura secundária devido ñ possuir silicone nas bordas para resistência da água.

3 – Resultado do Teste: ( ) **Aprovado** (X) **Reprovado**

Justifique:

Idem 2.1.

Responsável/Carimbo: [assinatura e carimbo: ... Arbach, Gerente de Enfermagem, COREN-RJ ..., Mat. ...]

Em 09/07/25

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

SUS

PARECER TECNICO

Item 12

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: **CURATIVO SACRAL -** Cobertura composta de camada autoadesivas, perfurada de silicone para um ajuste suave e seguro. Espuma de poliuretano com tecnologia tridimensional, macia, estéril, com capacidade de absorção superior e vertical, sistema tranca-fluído para retenção do exsudato mesmo sob compressão e que se conforma ao leito da ferida, preenchendo o espaço morto e prevenindo o acúmulo do exsudato que realize a redistribuição vertical do exsudato. Deve conter ação bactericida no mínimo contra Pseudomonas Aeruginosa e Staphylococcus Aureus e assim prevenindo biofilmes e permita redução de odores. Possa ser mantido por até 07 dias. TAMANHO 15 X 19 CM

MARCA: VITAMEDICAL

2 – Pontos Positivos:

Nenhum

2.1 – Pontos Negativos:

Todos.

3 – Resultado do Teste: **( ) Aprovado** **(X) Reprovado**

Justifique:

Não corresponde com o descrito para o curativo. Não corresponde a descrição do termo de referência.

Responsável/Carimbo: _____

Glauciete Arouca
Gerente de Enfermagem
COREN-RJ 2[illegible] - Mat. 3[illegible]

Em 09/07/25

09/07/25

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

SUS

PARECER TECNICO

Item 15

Solicitamos emitir **Parecer Técnico** do material, levando em consideração para julgamento, os requisitos necessários para a utilização do produto, como critérios durante o teste em uso, para conclusão de escolha do produto em **Processo de Compra**.

1 - Especificação Padronizada: CURATIVO DE ESPUMA SEM PRATA Espuma macia, com 4,4mm de espessura, estéril, recortável. Deve promover o meio úmido, ideal para o processo de cicatrização. A face superior deve apresentar filme de poliuretano, impermeável à água e bactérias e permitir as trocas gasosas, servindo de barreira contra a invasão de bactérias e outros microrganismos. A cobertura deve ser composta por camada perfurada autoadesiva de silicone permitindo um ajuste suave e espuma de poliuretano com alta capacidade de absorção e retenção, ajustando ao leito da ferida preenchendo o espaço morto, com capacidade de se conformar até 02cm ao leito da ferida. TAMANHO 15 X 15 CM

MARCA: SILICARE BORDER

2 – Pontos Positivos:

Não atende à especificação descrita no processo.

2.1 – Pontos Negativos:

Possui borda adesiva, e como também é todo adesivo.

3 – Resultado do Teste: ( ) **Aprovado** (✓) **Reprovado**

Justifique:

Idem ao item 2.1.

Responsável/Carimbo: _____

Em 11/08/25

Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DESPACHO

A/C - Verônica

Informo que os itens **1**, **2**, **4**, **5**, **6**, **12** e **15** estão **REPROVADOS** conforme Parecer Tecnico (00865350) anexo.

Demais itens Aprovados.

Volta Redonda, na data da assinatura

Documento assinado eletronicamente por **Adriano de Sá Baia**, **Coordenador**, em 13/08/2025, às 07:53, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00865354** e o código CRC **CB7F01EA**.

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br