



PARECER TÉCNICO

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: *FIO DE SUTURA*

MARCA: *Technogic*

2- Pontos Positivos:

Nenhum

2.1 – Pontos Negativos:

Desvio, quando a sutura se desloca com facilidade, colocando em risco a segurança do paciente.

Aprovado

3 – Resultados do Teste: Reprovado

Justifique:

Chefe da Cirurgia geral se desculpa em uso o Polipropileno com justificativa da maior qualidade, colocando em risco a segurança do paciente.

Responsável:

Lúcia T. da Silva
Enfermeira
Coord. do Centro Cirúrgico
COREN-RJ 11.2404/HSP

Em: *28/09/2009*

PARECER TÉCNICO

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: *Fio de sutura*

MARCA: *Shalon*

2- Pontos Positivos:

Nenhum

2.1 – Pontos Negativos:

*Aberto com facilidade, solto da agulha
durante descerramento de sutura. Interferindo
na qualidade da assistência prestada, reali-
zando o procedimento e segurança do paciente.*

Aprovado

3 – Resultados do Teste: Reprovado

Justifique:

Justificando na linha 9-3

Responsável:

Jatos

Em: *12/01/2020*

Enf. Lúcia Teixeira da Silva
Coord do Centro Cirúrgico - HSJB
COREN - RJ 113404



Hospital
SÃO JOÃO BATISTA



Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DESPACHO

A/C - Fabiana

Informo que os ITENS **8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 27, 34, 42, 51, 57, 59, 60, 62, 63, 64 e 66** estão **REPROVADAS**. Os demais ITENS estão Aprovados.

Volta Redonda, na data da assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Simone Santos da Costa, Almoxarife**, em 14/11/2025, às 15:57, 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 **01183780** e o código CRC **9763244E**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00009495/2025

SEI nº 01183780

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



Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DESPACHO

A/C - Fabiana

Informo que o ITEM 17 está **REPROVADO**.

Volta Redonda, na data da assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Simone Santos da Costa, Almoxarife**, em 17/11/2025, às 15:58, 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 **01189242** e o código CRC **07794C66**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00009495/2025

SEI nº 01189242

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