



PROPOSTA PARA AUTORIZAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE PRODUTO NOVO

Por favor, assinale o grupo a que pertence o Produto Novo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO | <input type="checkbox"/> PRODUTOS ALIMENTARES |
| <input type="checkbox"/> MATERIAL DE CONSUMO HOTELEIRO | <input type="checkbox"/> MATERIAL DE CONSUMO ADMINISTRATIVO |
| | <input type="checkbox"/> MATERIAL DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO |

Hospital _____

Código do Serviço: _____ Designação do Serviço: _____

Designação do Produto Novo pretendido:

Descrição – Especificações técnicas:

Alerta: A informação constante neste campo deverá ser exaustivamente densificada, na medida em que será utilizada pelo Serviço Gestão Compras, para efeitos de submissão à concorrência (se aplicável)

Este artigo já foi consumido alguma vez no Serviço? Sim Não

Este artigo destina-se para utilização em algum equipamento? Sim Não

Caso tenha respondido afirmativamente, indique o nº de inventário _____

Justificação e características consideradas relevantes para introdução do Produto Novo:

Indicações de utilização (se aplicável):

A introdução do Produto Novo implica a substituição de outro em uso? Qual?

Em caso afirmativo, indique as vantagens do Produto Novo relativamente ao que substitui:

Possíveis Fornecedores, Nome Comercial do Produto e Preços:

	Fornecedor	Nome Comercial do Produto	Preço Unit. c/ IVA
1			
2			
3			

Caso não exista concorrência por motivos técnicos, justifique as razões pelas quais as prestações que constituem o objeto do contrato só podem ser confiadas a determinada entidade, para fundamentar a escolha do procedimento por Ajuste Direto (AD), cfr. Subalínea ii) da alínea e) do n.º1 do art. 24.º CCP:

Alerta: A informação constante neste campo deverá ser exaustivamente densificada, na medida em que fundamentará a escolha do ajuste direto, com preterição da submissão à concorrência.

Quantidade a utilizar:

Estimativa Mensal: _____ unidades

Estimativa Anual: _____ unidades

Previsão de custos globais:

Data: ____ / ____ / ____.

O/A Requisitante

Nº mec.: _____

Comentários/Aprovação

Data: ____ / ____ / ____

O/A Enfermeiro Supervisor/Técnico Coordenador

Comentários/Aprovação:

Data: _____ / _____ / _____.

O/A Administrador/a de Área

Comentários/Aprovação:

Data: _____ / _____ / _____.

O/A Diretor/a do Serviço

Informação da Direção do Serviço de Logística e Stocks:

Data: _____/_____/._____.

O Diretor do Serviço

Decisão da Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP):

Data: _____ / _____ / _____.

O Coordenador da CHBP
