



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Avenida Pará, nº 1720 - Bairro Umuarama
Uberlândia-MG, CEP 38405-320

Termo de Recebimento Definitivo - SEI
Processo nº 23860.026500/2024-22

1. IDENTIFICAÇÃO

Termo de Contrato ou Instrumento Equivalente	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Período de Vigência	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Nº da ordem de serviços/fornecimento de bens/nota de empenho	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Objeto:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Valor dos Bens/Serviços Recebidos:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Quantidade Prevista:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Quantidade Realizada:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Contratante:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Contratada:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Data da Entrega:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Data do Recebimento:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Prazo Originalmente Estipulado:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2. TERMO

2.1. Por este instrumento, em caráter definitivo, para fins de cumprimento do disposto no art. 168, inciso II, do Regulamento de Licitações e Contratos da EBSERH 2.0, atesto que os **serviços e/ou bens** acima identificados foram devidamente **executados/entregues** e atendem às exigências especificadas no instrumento convocatório, com eficácia liberatória de todas as obrigações estabelecidas em contratado referentes ao objeto acima mencionado, exceto as garantias legais.

2.2. Informa-se, ainda, que foi verificada a veracidade das notas fiscais no site de emissão destas, conforme abaixo demonstrado:

2.2.1. Nota fiscal nº **XXXX** válida ([Link para acesso no portal eletrônico do município de domicílio fiscal do prestador de serviços, o qual esteja inscrito](#))

3. MÊS DE EXECUÇÃO

3.1. XXX;

4. DESCONTO E GLOSAS

4.1. XXX;

5. RESUMO

5.1. XXX;

6. PERÍODO PARA PAGAMENTO

6.1. 30 dias corridos a partir da data de atestamento da nota fiscal.

7. DADOS FINANCEIROS DO PAGAMENTO

Nº do Empenho	Saldo do Empenho	Nº da Nota Fiscal	Mês de Referência	Valor Mensal do Contrato ou Instrumento Equivalente	Glosa do Mês	Valor da Nota Fiscal
XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX

7.1. O presente documento segue assinado pelo Gestor do Contrato e/ou Instrumento Equivalente;

Atenciosamente,

(assinado eletronicamente)

NOME COMPLETO DO GESTOR
Gestor do Contrato e/ou Instrumento Equivalente
Portaria-SEI nº XXXX, de XX de XXXX 202X



Documento assinado eletronicamente por **Maycon Guerra de Oliveira, Farmacêutico(a)**, em 24/10/2024, às 14:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **43644620** e o código CRC **4F5D1FDA**.

