



Hospital de  
Clínicas



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
Avenida Getúlio Guaritá, nº 130 - Bairro Abadia Uberaba-MG, CEP 38025-440  
- <http://hcuftm.ebserh.gov.br/>

**Anexo "H"**

**TERMO DE RECEBIMENTO PROVISÓRIO**

| IDENTIFICAÇÃO                              |                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Pregão Eletrônico nº                       |                                                |
| Ata de Registro de Preço nº                |                                                |
| Unidade Contratante:                       | HC-UFTM – UASG 155011                          |
| Nota de Empenho nº:                        |                                                |
|                                            |                                                |
| Contratada:                                |                                                |
| CNPJ:                                      |                                                |
| Endereço:                                  |                                                |
| Endereço Eletrônico:                       |                                                |
|                                            |                                                |
| DADOS DA ORDEM DE SERVIÇO                  |                                                |
| Ordem de Serviço de nº:                    |                                                |
| Valor total:                               |                                                |
| Remessa referente aos serviços entregues:  |                                                |
| Valor da remessa:                          |                                                |
| Data prevista para finalização do serviço: |                                                |
|                                            |                                                |
| CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO                   |                                                |
| Nota Fiscal nº:                            |                                                |
| Data de recebimento dos serviços:          |                                                |
|                                            |                                                |
| Cumprimento da obrigação                   |                                                |
| <input type="checkbox"/> Entrega no prazo  | <input type="checkbox"/> Entrega fora do prazo |
| <input type="checkbox"/> Entrega Integral  | <input type="checkbox"/> Entrega Parcial       |
| Observações:                               | Observações (obrigatório):                     |

Atesto o recebimento provisório do objeto, nos termos indicados acima, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.

O recebimento definitivo dos serviços ocorrerá em até 5 (cinco) dias úteis, desde que não ocorram problemas técnicos ou divergências quanto às especificações técnicas