



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Rua Estanislau Eloy, s/nº - Bairro Castelo Branco
João Pessoa-PB, CEP 58050-585
- <http://hulw-ufpb.ebserh.gov.br>

TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO - SEI

Processo nº 23539.021465/2023-26

DERMATOLÓGICOS (COMISSÃO DE PELE)

1. IDENTIFICAÇÃO

Pregão Eletrônico nº	xx/2023 - Uasg xxx
Contrato nº	xx/2023 - Uasg xxx
Unidade contratante	xxx - Uasg xxx
Nota de Empenho nº	202xNExxxxxx (link)

Contratada	xxx
CNPJ	xxx
Endereço	xxx
Endereço eletrônico	xxx@xxx

2. DADOS DA ORDEM DE FORNECIMENTO

Ordem de Fornecimento nº	xx/202x (link)
Valor total	R\$ xxx
Remessa referente aos itens entregues	1ª / 2ª / 3ª
Valor da remessa	R\$ xxx
Data prevista para entrega dessa remessa	xx/xx/202x

3. CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO

Nota Fiscal nº	xxx (link)
Data de recebimento dos materiais	xx/xx/202x
Data do Termo de Recebimento Provisório	xx/xx/202x

Manifestação do Gestor	
<input type="checkbox"/> Cumprimento integral das obrigações	<input type="checkbox"/> Cumprimento parcial das obrigações
Observações:	Observações (obrigatório):

A validade de todos os insumos entregues está de acordo com o previsto no Termo de Referência? (50% do prazo total da validade)	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não (implica em não recebimento dos itens com validade incorreta)

Houve atraso injustificado na entrega dos insumos? (IMR nº 1)	<input type="checkbox"/> Sim (xx dias de atraso, resultando em glosa no pagamento)
---	--

	[] Não (pagamento integral)
Valor devido antes do ajuste no pagamento (referente os itens efetivamente entregues, cumprindo os requisitos do Termo de Referência, com base na Ordem de Fornecimento)	R\$ xxx
Faixa de ajuste no pagamento (IMR nº1)	xxx%
Valor devido à empresa contratada (valor devido antes do ajuste x faixa de ajuste)	R\$ xxx

Atesto o recebimento definitivo do objeto, nos termos indicados acima, após verificada a sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.

O recebimento definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da Contratada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

(assinado eletronicamente)

NOME

MATRÍCULA

Responsável designado pela Contratante



Documento assinado eletronicamente por **Nadja Emilia Bezerra da Costa Carneiro, Assistente Administrativo**, em 29/12/2023, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wanda Vasconcelos Marques de Almeida, Assistente Administrativo**, em 02/01/2024, às 09:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline de Fatima Fernandes Lima, Assistente Administrativo**, em 02/01/2024, às 09:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Barbosa da Silva, Enfermeiro(a)**, em 02/01/2024, às 13:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Barbosa Batista, Assistente Administrativo**, em 02/01/2024, às 15:50, 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 **34362263** e o código CRC **D0B729E3**.