



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 23860.019365/2024-69

1. IDENTIFICAÇÃO

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Pregão Eletrônico nº | - Uasg 156654        |
| Contrato nº          | - Uasg 156654        |
| Unidade contratante  | HC-UFU - Uasg 156654 |
| Nº Empenho           |                      |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Contratada          |  |
| CNPJ                |  |
| Endereço            |  |
| Endereço eletrônico |  |

2. DADOS DA ORDEM DE FORNECIMENTO E CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO

|                                       |               |
|---------------------------------------|---------------|
| Ordem de Fornecimento nº              | NÃO SE APLICA |
| Valor total                           | R\$           |
| Remessa referente aos itens entregues | NÃO SE APLICA |
| Remessa                               |               |

| Manifestação do Gestor                                       |                                                             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cumprimento integral das obrigações | <input type="checkbox"/> Cumprimento parcial das obrigações |
| Observações:                                                 | Observações:                                                |

|                                                                                                                                    |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| A validade de todos os insumos entregues está de acordo com o previsto no Termo de Referência?<br>(50% do prazo total da validade) | <input checked="" 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 (dias de atraso, resultando em glosa no pagamento) |
|                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 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) | -                                                                               |
| Faixa de ajuste no pagamento (IMR nº1)                                                                                                                                   | -                                                                               |

|                                                                                    |   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Valor devido à empresa contratada (valor devido antes do ajuste x faixa de ajuste) | - |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|

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)*