



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Avenida Pará, nº 1720 - Bairro Umuarama
Uberlândia-MG, CEP 38405-320
- <http://hc-ufu.ebserh.gov.br>

Termo de Recebimento Definitivo - SEI

Processo nº 23860.017151/2025-39

1. IDENTIFICAÇÃO

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

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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

4. DESCONTO E GLOSAS

4.1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

5. RESUMO

5.1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

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
XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

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 **Joao Batista Rodrigues De Melo, Analista Administrativo**, em 02/10/2025, às 09:45, 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 **52874243** e o código CRC **5BAA3DD7**.