

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>

Anexo - SEI

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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

4. DESCONTO E GLOSAS

4.1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

5. RESUMO

5.1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;

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** 202**X**



Documento assinado eletronicamente por **Joao Batista Rodrigues De Melo, Analista Administrativo**, em 16/10/2025, às 13:43, 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 **Kassia Santos Sousa, Enfermeiro(a)**, em 17/10/2025, às 13:01, 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 **Margarida Costa Romeiro Pordeus, Enfermeiro(a)**, em 17/10/2025, às



13:34, 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 **Jaqueline Lilian Machado, Enfermeiro(a)**, em 20/10/2025, às 08:18, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **51829280** e o código CRC **D1222B63**.

**Referência:** Processo nº 23860.014662/2025-07 SEI nº 51829280