

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES****EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
Avenida Lourival Melo Mota, s/nº - Bairro Cidade Universitária  
Maceió-AL, CEP 57072-900  
- <http://hupaa-ufal.ebserh.gov.br>

Termo de Recebimento Definitivo - SEI

Processo nº 23540.004915/2025-49

**MODELO****AQUISIÇÃO DE MATERIAIS - BANCO DE SANGUE****1. IDENTIFICAÇÃO**

|                                     |                                                                                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pregão Eletrônico nº</b>         | XX/2023 - UASG: 155126- Hospital Universitário Professor Alberto Antunes ( <a href="#">link</a> ) |
| <b>Ata de Registro de Preços nº</b> | XX/2023 - UASG: 155126- Hospital Universitário Professor Alberto Antunes ( <a href="#">link</a> ) |
| <b>Unidade Contratante</b>          | XXX - UASG: XXXXXX                                                                                |
| <b>Nota de Empenho nº</b>           | 202XNEXXXXXX ( <a href="#">link</a> )                                                             |

|                     |         |
|---------------------|---------|
| Contratada          | XXX     |
| CNPJ                | XXX     |
| Endereço            | XXX     |
| Endereço eletrônico | XXX@XXX |

**2. DADOS DA ORDEM DE FORNECIMENTO**

|                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| Ordem de Fornecimento nº     | XX/202X ( <a href="#">link</a> ) |
| Valor total                  | R\$ XXX                          |
| Quantidade Entregue          | XXX                              |
| Valor da Quantidade Entregue | R\$ XXX                          |
| Data Prevista P/ Entrega     | XX/XX/202X                       |

**3. CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO**

|                                         |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------|
| Nota Fiscal nº                          | XXX ( <a href="#">link</a> ) |
| 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? | <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 )                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sim (xx dias de atraso, resultando em glosa no pagamento) |
|                                                                                                                                                                          | <input 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) | 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 da Ata de Registro de Preços.

(assinado eletronicamente)

**Nome do responsável**

Gestor(a) da Ata de Registro de Preços nº: XX/2023 (link)  
Portaria de Designação nº XX/2023 (link)



Documento assinado eletronicamente por **Luiza Emanuelle Silva dos Santos, Chefe de Unidade, Substituto(a)**, em 27/03/2025, às 09:29, 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 **JaneKelly Alexandra Lima dos Santos, Assistente Administrativo**, em 27/03/2025, às 09:50, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **48063707** e o código CRC **C00860D3**.