



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 23540.023382/2025-02

\* MINUTA DE DOCUMENTO

MODELO

AQUISIÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

1. IDENTIFICAÇÃO

|                              |                                                                                                   |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pregão Eletrônico nº         | XX/2023 - UASG: 155126- Hospital Universitário Professor Alberto Antunes ( <a href="#">link</a> ) |
| Ata de Registro de Preços nº | XX/2023 - UASG: 155126- Hospital Universitário Professor Alberto Antunes ( <a href="#">link</a> ) |
| Unidade Contratante          | XXX - UASG: XXXXXX                                                                                |
| Nota de Empenho nº           | 202XNEXXXXXXX ( <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**, em 20/03/2026, às 10:31, 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 **Valdilene Do Nascimento Silva, Assistente Administrativo**, em 20/03/2026, às 10:53, 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 **Debora Soraia Pereira Souza, Assistente Administrativo**, em 20/03/2026, às 10:59, 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 **Kleiner Tiago do Nascimento Silva, Assistente Administrativo**, em 20/03/2026, às 11:00, 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 **Arlanny Rose Ferreira Lima Amorim, Enfermeiro(a)**, em 20/03/2026, às 11:04, 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 **59116668** e o código CRC **2AECA7AC**.