



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Avenida Marechal Campos, 1355, Santa Cecília,
Vitória/ES
CEP 29041-295

ANEXO F - TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO

TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO	
MÊS/ANO DE REFERÊNCIA:	[mês]/[ano]
DADOS DO CONTRATO Contrato nº: Licitação nº: Objeto: Contratada: CNPJ:	REFERÊNCIAS PROCESSUAIS Contratação: 23765.xxxxxx/20xx-xx Fiscalização: 23765.xxxxxx/20xx-xx Pagamentos: 23765.xxxxxx /20xx-xx
EQUIPE DE FISCALIZAÇÃO Gestor do Contrato: Fiscal Técnico do Contrato: Fiscal Administrativo do Contrato:	
RELATÓRIO	
Houve prestação do serviço? () sim () não	
Houve ocorrências contratuais? () sim () não	
Valor da Medição do mês atual	R\$
A medição do contrato foi elaborada conforme detalhado na planilha acostada aos autos sob o dígito verificador de nº XXX.	
Valor da Glosa do [mês] do [ano]	R\$
Valor da Glosa do [mês] do [ano]	R\$
Com aplicação das glosas o valor exato a ser pago é de R\$	
OCORRÊNCIAS IDENTIFICADAS	

[illegible]