

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Bairro Petrópolis
Natal-RN, CEP 59012-300
- http://huol-ufrn.ebserh.gov.br

Termo de Recebimento Provisório - SEI

Processo nº 23526.023599/2024-10

Natal, data da assinatura.

Assunto: **RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO**

CONTRATO Nº:
CONTRATADA:
CNPJ:
OBJETO:
VIGÊNCIA DO CONTRATO:
BOLETIM DE SERVIÇO DO HUOL Nº:
PORTARIA DA SUPERINTENDÊNCIA Nº:
GESTOR DO CONTRATO:
GESTOR DO CONTRATO SUBSTITUTO:
FISCAL TÉCNICO:
FISCAL TÉCNICO SUBSTITUTO:
FISCAL ADMINISTRATIVO:
FISCAL ADMINISTRATIVO SUBSTITUTO:

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

Descrição da fiscalização ao longo do mês.

Tabela 1. Exame(s) do grupo 1 (exames de bioquímica, hormônio, imunologia e microbiologia) realizado(s) no mês XXX de 20XX.

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	PRAZO DE ENTREGA (DIAS)	VALOR (R\$)	PROCESSO SEI AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO EXAME
1	Exame XXXX			
2	Exame XXXX			
3	Exame XXXX			
4	Exame XXXX			

Tabela 2. Exame(s) do grupo 2 (exames de toxicologia) realizado(s) no mês XXX de 20XX.

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	PRAZO DE ENTREGA (DIAS)	VALOR (R\$)	PROCESSO SEI AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO EXAME
1	Exame XXXX			
2	Exame XXXX			
3	Exame XXXX			
4	Exame XXXX			

Tabela 3. Exame(s) do grupo 3 (exames de genética) realizado(s) no mês XXX de 20XX.

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	PRAZO DE ENTREGA (DIAS)	VALOR (R\$)	PROCESSO SEI AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO EXAME
1	Exame XXXX			

2	Exame XXXX			
3	Exame XXXX			
4	Exame XXXX			

Tabela 4. Exame(s) do grupo 4 (Exames de imunofenotipagem) realizado(s) no mês XXX de 20XX.

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	GRUPO DE EXAME (1, 2, 3 OU 4)	VALOR (R\$)	PROCESSO SEI AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO EXAME
1	Exame XXXX			
2	Exame XXXX			
3	Exame XXXX			
4	Exame XXXX			

Fazemos juntada da seguinte documentação abaixo relacionada:

- *Comprovante*
- *Relatório*

Desta forma, verificada todas as dimensões dos serviços prestados, e para o correto cumprimento do processo, de acordo com o preceptivo legal vigente, segue em assinatura Eletrônica

Atenciosamente,

(Assinado Eletronicamente)
Nome
Fiscal Técnico(a) titular do contrato nº xxx
Cargo - Mat. SIAPE: xxx
Unidade xxx - HUOL/EBSERH

(Assinado Eletronicamente)
Nome
Fiscal Técnico(a) substituto do contrato nº xxx
Cargo - Mat. SIAPE: xxx
Unidade xxx - HUOL/EBSERH



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Rodrigues Camacho, Chefe de Divisão**, em 13/06/2025, às 15:24, 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 **Gabriela Medeiros Araujo, Biomédico(a)**, em 13/06/2025, às 15:32, 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 **Nilson Antunes Dos Santos, Chefe de Unidade**, em 13/06/2025, às 15:33, 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 **Ana Rakel Freitas Bezerra de França, Chefe de Setor**, em 13/06/2025, às 16:36, 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 **Fabio Batista Soares, Assistente Administrativo**, em 13/06/2025, às 16:36, 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 **50085112** e o código CRC **C22440E3**.