

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 Definitivo - SEI

Processo nº 23526.023599/2024-10

Assunto: RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

CONTRATO Nº:

CONTRATADA:

CNPJ:

OBJETO:

PERÍODO:

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:

FISCAL ADMINISTRATIVO SUBSTITUTO:

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

Descrição da fiscalização ao longo do mês.

ZONA DE TOLERÂNCIA EM RELAÇÃO A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Metodologia

Para a análise, utilizou-se o método de mensuração direta, o qual se apresenta uma escala de 6 pontos, variando de 6 (Excelente) a 1 (Fraco, muito abaixo do nível excelente), onde cada ponto da escala indica, diretamente, a variação da zona de tolerância. A formulação da escala de mensuração direta seguiu as recomendações de Carman (1990).

Tabela 1. Escala de mensuração da variação da zona de tolerância em relação ao serviço prestado.

6	5	4	3	2	1
Nível considerado excelente	Nível muito bom , pouco abaixo de excelente	Nível bom , abaixo de excelente	Nível satisfatório , bem mais abaixo de excelente	Nível pouco satisfatório , bem mais abaixo de excelente	Nível Fraco, muito abaixo de excelente

Conforme quadro acima, a nota do prestação do serviço é (X). Fazemos juntada da seguinte documentação abaixo relacionada:

- Nota fiscal nº xxx;
- Comprovante xxx;
- Relatório xxx;
- Termo de recebimento provisório (SEI);
- Planilha auxiliar de apuração de custos do contrato (SEI);

- **Valor Global do Contrato:** R\$ **xxx**;
- **Saldo Atual do Contrato:** R\$ **xxx**.

Desta forma, verificadas todas as dimensões dos serviços prestados, e para o escoreito cumprimento do processo, de acordo com o preceptivo legal vigente, segue em assinatura eletrônica:

ATESTES: Gestor do Contrato.

Encaminhe-se à equipe de fiscalização administrativa para condução dos procedimentos para pagamento.

(Assinado Eletronicamente)
Nome
Gestor(a) Titular do Contrato nº xxx
Cargo - Mat. SIAPE: xxx
Unidade xxx - HUOL/EBSERH

(Assinado Eletronicamente)
Nome
Gestor(a) Substituto(a) 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 15:34, 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 Ana Rakel Freitas Bezerra de França, Chefe de Setor , em 13/06/2025, às 16:37, 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 16:37, 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 **50085425** e o código CRC **BA6A425A**.