

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA
Avenida Pará, nº 1720 - Bairro Umuarama
Uberlândia/MG | CEP 38.405-320

MODELO DE TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO

1. Identificação

Contrato nº:	
Período da Vigência:	
Nº da OS/OFB/NE:	
Objeto:	
Valor dos Bens/Serviços Recebidos:	
Quantidade Prevista:	
Quantidade Realizada:	
Contratante:	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU/HU Brasil)
Contratada:	
Data da Entrega:	
Data do Recebimento:	
Prazo Originalmente Estipulado:	

2. Termos

Por este instrumento, para fins de atendimento ao disposto no art. 50 da IN 05/2017/SEGES/MPDG e art. 216 do Regulamento de Compras e Contratos da HU Brasil – RCC 3.0, atestamos que os serviços e/ou bens acima identificados foram devidamente executados/entregues e atendem às exigências especificadas no Contrato e Termo de Referência, com eficácia liberatória de todas as obrigações estabelecidas em contratado referentes ao objeto acima mencionado, exceto as garantias legais.

Observações, caso necessário: (digite aqui o texto).

Observação: Havendo valor patrimonial ou complemento financeiro de bem patrimonial, o Agente Fiscalizador ou o Gestor do Contrato também deve encaminhar este documento à área de patrimônio.