

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 Avenida Professor Alfredo Balena, nº 110 - Bairro Santa Efigênia
 Belo Horizonte-MG, CEP 30130-100
 - <http://hc-ufmg.ebserh.gov.br>

Termo de Recebimento Provisório - SEI

Processo nº 23537.006877/2024-37

AQUISIÇÃO PARCELADA DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS

Pregão Eletrônico 90017/2024

1. IDENTIFICAÇÃO:

Unidade Contratante:	Hospital das Clínicas da UFMG/Filial Ebserh
	UASG: 155021
Nota de compra nº:	
Valor total:	R\$
Nota de Empenho nº:	202 ____ NE ____
Data de envio ao fornecedor:	

2. CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO:

Data de recebimento dos itens:		Hora de recebimento dos itens:	
Os itens foram entregues em conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência?	<input type="checkbox"/> Sim.		
	<input type="checkbox"/> Não.		
Os itens foram entregues em perfeitas condições (sem avarias ou embalagens violadas/danificadas).	<input type="checkbox"/> Sim.		
	<input type="checkbox"/> Não.		
A validade dos itens entregues está de acordo com o Termo de Referência? <i>(Validade de no mínimo, de 12 (doze) meses, a contar do recebimento provisório, exceto aqueles cuja validade normal seja comprovadamente inferior a este prazo.)</i>	<input type="checkbox"/> Sim.		
	<input type="checkbox"/> Não.		
	Autorizada pelo fiscal técnico a entrega dos itens com validade inferior a 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sim.	
		<input type="checkbox"/> Não.	
	Enviada carta de comprometimento de troca pelo fornecedor?	<input type="checkbox"/> Sim.	
		<input type="checkbox"/> Não. Observação:	
Houve solicitação de troca de marca do item autorizada pelo fiscal técnico da ARP?	<input type="checkbox"/> Sim. Marca/Laboratório:		
	<input type="checkbox"/> Não.		
Observações gerais:			

3. REGISTRO SISTEMA AGHU-X

Nota fiscal nº	
Data de registro no AGHU-X	
Há pendência a ser regularizada pelo fornecedor?	<input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> Carta de correção. <input type="checkbox"/> Carta de comprometimento de troca. <input type="checkbox"/> Carta de desconto. <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____

Atesto o recebimento provisório do objeto, nos termos indicados acima, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.

Data do recebimento provisório: _____

(assinado eletronicamente)
Nome do servidor
Fiscal Técnico da ARP
Unidade de Almoxarifado e Controle de Estoques
Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos
Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
Gerência Administrativa
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Pereira Guimaraes, Farmacêutico(a)**, em 14/03/2024, às 11:38, 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 **Diogo Carvalho Silva, Chefe de Unidade**, em 14/03/2024, às 12:38, 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 **37331313** e o código CRC **73A83985**.