

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO**

**DIVISÃO DE MATERIAL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RELATÓRIO DE RECEBIMENTO DE MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS**

| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome da Empresa: | | | | | | Nº do Contrato: |
| CNPJ da Empresa: | | | | | |
| Nº da Nota de Empenho: | Nº da NF: | | | Valor da NF (R$): | Data de Emissão da NF: | |
| Descrição do item: | | | | | | |
| Quantidade: | | | Data de Recebimento: | | | |
| O bem foi fotografado e as imagens anexadas ao processo? Sim ( ) Não ( ) | | | | | | |
| **TESTES DO BEM** | | | | | | |
| O equipamento foi testado? Sim ( ) Não ( )  Justifique (em caso negativo): | | | | | | |
| Houve a presença de representantes da contratada durante o teste? Sim ( ) Não ( )  Justifique (em caso negativo): | | | | | | |
| Em caso positivo, quem foram as pessoas? (nome/cargo) | | | | | | |
| O equipamento apresenta avarias ou defeitos? Sim ( ) Não ( ) | | | | | | |
| Em caso positivo, quais as avarias e/ou defeitos e quais as providências tomadas? | | | | | | |
| O contrato prevê a instalação do equipamento por parte da empresa contratada?  Sim ( ) Não ( ) | | | | | | |
| Em caso positivo, a contratada realizou a instalação?  Sim ( ) Não ( )  Justifique (em caso negativo): | | Local da instalação: | | | | |
| **TOMBAMENTO DO BEM** | | | | | | |
| Foi realizado o tombamento do bem?  Sim ( ) Não ( )  Justifique (em caso negativo): | | Número do tombamento na UFPB: | | | | |
| **TREINAMENTO DE USO** | | | | | | |
| O contrato prevê a realização de treinamento por parte da empresa contratada?  Sim ( ) Não ( ) | | | | | | |
| Em caso positivo, a contratada realizou o treinamento?  Sim ( ) Não ( ) | | Se sim, quais os(as) servidores(as) treinados? (nome/cargo/matrícula) | | | | |
| **GARANTIA** | | | | | | |
| O equipamento possui garantia? Sim ( ) Não ( ) | | | | | | |
| Duração: | | | | | | |
| **RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO** | | | | | | |
| Fiscal do contrato? Sim ( ) Não ( )  Se sim, indicar o nome e o SIAPE: | | | | | | |
| Outro profissional responsável pela análise? Sim ( ) Não ( )  Se sim, indicar o nome e identificação: | | | | | | |
| **OCORRÊNCIAS/PROVIDÊNCIAS** | | | | | | |
| Relatar aqui as ocorrências da execução e as providências. | | | | | | |