ANEXO V - TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO

[Nome da empresa contratada], inscrita no CNPJ sob o nº **[CNPJ]**, com sede em **[Endereço completo]**, doravante denominada "CONTRATADA", e Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), inscrita no CNPJ sob o nº 28.481.233/0001- 72, doravante denominada "CONTRATANTE", firmam o presente Termo de Recebimento Definitivo de Equipamento Médico-Hospitalar nas seguintes condições:

1. **Identificação do Equipamento**
   - Descrição: **[Descrição do equipamento]**
   - Modelo: **[Modelo]**
   - Número de Série: **[Número de série]**
   - Data de Entrega e Instalação: **[Data]**
2. **Condições do Recebimento**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi entregue, instalado e devidamente configurado pela CONTRATADA no local indicado, conforme especificações contratuais.
   - O equipamento foi submetido ao período de avaliação, com duração de **15 (quinze) dias corridos**, durante o qual foram realizados os testes operacionais e as análises técnicas necessárias para validar seu desempenho.
3. **Declaração de Conformidade**
   - A CONTRATANTE confirma que o equipamento atende plenamente às condições e especificações descritas no Contrato nº **[Número do contrato]** e em seus apêndices.
   - Não foram identificadas falhas, defeitos ou irregularidades que comprometam o uso do equipamento para sua finalidade.
4. **Aceite Definitivo**
   - Mediante o cumprimento integral das obrigações contratuais e técnicas, a CONTRATANTE formaliza o **aceite definitivo** do equipamento, encerrando o período de avaliação e finalizando o processo de recebimento, conforme o contrato firmado entre as partes.
   - A CONTRATADA permanece responsável pelas obrigações de garantia, manutenção e suporte técnico, conforme os prazos e condições estipulados no contrato.

Local e Data:
[Cidade], [Dia] de [Mês] de [Ano].

Assinaturas:

Representante da Contratada Nome: **[Nome do representante]** Cargo: **[Cargo]** CPF: **[CPF]**	Representante da Contratante Nome: **[Nome do representante]** Cargo: **[Cargo]** CPF: **[CPF]**