



**MODELO DE TERMO DE VISTORIA
MINISTÉRIO DA DEFESA
CENTRO MÉDICO ASSISTENCIAL DA MARINHA
POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA PENHA**

TERMO DE VISTORIA

Declaro que realizei vistoria e declaro inclusive, para os devidos fins, que conheço as condições dos locais para a execução do objeto do Pregão no XXXXX/2026 do Centro Médico Assistencial da Marinha/Policlínica Naval Nossa Senhora da Penha.

OU

Declaro que optei por NÃO realizar vistoria dos locais para a execução do objeto do Pregão no XXXXXX/2026 na Policlínica Naval Nossa Senhora da Penha e declaro que tenho pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza do trabalho, que assumo total responsabilidade por este fato e que não utilizarei deste para quaisquer questionamentos futuros que possam ensejar avenças técnicas ou financeiras com a Policlínica Naval Nossa Senhora da Penha

Rio de Janeiro,RJ, na data da assinatura.

Assinatura
Nome da Empresa
Nome do Representante legal que assina