

ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO REFERENTE À VISTORIA PRÉVIA

À

Polícia Militar do Estado de São Paulo – PMESP

Centro Odontológico da Polícia Militar (CODONT)

Ref.: **Processo Administrativo nº 057.00105186/2026-66**

Objeto: Contratação de empresa especializada para a execução de serviços de reforma do telhado do Centro Odontológico da Polícia Militar.

DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE VISTORIA TÉCNICA

Declaramos para os devidos fins de direito, em atendimento ao Edital/Termo de Referência da licitação em epígrafe, que o(a) Sr.(a) **[Nome do Responsável Técnico ou Representante]**, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº **[Número]** e inscrito(a) no CPF sob o nº **[Número]**, devidamente habilitado(a) como responsável técnico(a) ou representante legal da empresa **[Nome da Empresa]**, CNPJ nº **[Número do CNPJ]**, realizou a vistoria prévia nas instalações do Centro Odontológico da Polícia Militar, localizado na Rua Doutor Jorge Miranda nº 346, Bairro Luz, São Paulo/SP.

Declaramos, ainda, que tomamos pleno conhecimento de todas as condições locais, peculiaridades, complexidade dos serviços, dificuldades de acesso e demais elementos que possam influenciar na execução do objeto contratual, não podendo alegar, em hipótese alguma, desconhecimento futuro como justificativa para pleitear aditivos de preços, prorrogações de prazos ou modificações nas condições pactuadas.

São Paulo, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Representante Legal / Responsável Técnico

Nome Completo:

Cargo / CREA/CAU:

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELA NÃO REALIZAÇÃO DE VISTORIA TÉCNICA

Declaramos para os devidos fins de direito, em atendimento ao Edital/Termo de Referência da licitação em epígrafe, que a empresa **[Nome da Empresa]**, inscrita no CNPJ sob o nº **[Número do CNPJ]**, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) **[Nome]**, portador(a) do RG nº **[Número]** e CPF nº **[Número]**, **teve a oportunidade de realizar a vistoria prévia** facultativa nas dependências do Centro Odontológico da Polícia Militar (Rua Doutor Jorge Miranda nº 346, Bairro Luz, São Paulo/SP).

Optamos expressamente por não realizar a vistoria prévia, declarando ter pleno conhecimento das condições locais, características físicas, interferências operacionais de uma unidade de saúde em funcionamento e demais peculiaridades inerentes à execução dos serviços de reforma de cobertura.

Por conseguinte, assumimos integralmente a responsabilidade por quaisquer insuficiências de dados, informações ou imprevistos decorrentes desta escolha, concordando que não poderemos pleitear modificações nos preços, prazos ou condições contratuais, tampouco alegar prejuízos sob a alegação de desconhecimento do local de execução, nos termos do art. 40 da Lei nº 14.133/2021.

São Paulo, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Representante Legal / Responsável Técnico

Nome Completo:

Cargo / CPF: