



MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

TERMO DE VISTORIA OU RENÚNCIA

Nome da empresa: CNPJ nº
Endereço:
.....Fone: Fax: E-mail:
.....

() Declaro que vistoriei minuciosamente os locais para a prestação dos serviços constantes do objeto do Edital de Licitação nº_/2018, e tomei conhecimento das reais condições de execução dos serviços, bem como coletei informações de todos os dados e elementos necessários à perfeita elaboração da proposta comercial;

Ou

() Optamos pela não realização de vistoria assumindo inteiramente a responsabilidade ou consequências por essa omissão, mantendo as garantias que vincularem nossa proposta ao presente processo licitatório, em nome da empresa que represento.

São Paulo....., de de 20.....

Assinatura do representante legal ou procurador da empresa

Documento de identificação: Órgão Expedidor:

(Obs. Enviar preenchido e assinado com cópia autenticada da procuração se for o caso)