



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

MODELOS DE TERMO DE VISTORIA

MODELO DE TERMO DE VISTORIA

A - TERMO

A (nome da empresa)_ , CNPJ nº_ , sediada _ (endereço) , por intermédio de seu representante legal infra-assinado, e para os fins da dispensa de licitação nº___/2022, processo nº 35014.061761/2022-87, **DECLARA** expressamente, sob as penas da lei, que:

a) vistoriou o imóvel situado na _ (endereço completo) , onde está instalada a SRII/GEX/APS _ , estando ciente do estado de conservação do imóvel, áreas onde será efetuada a prestação do serviço de limpeza, conservação e higienização, e o que mais se fizer necessário para a perfeita execução dos serviços objeto da dispensa de licitação, não podendo em hipótese alguma alegar desconhecimento das instalações, para efeito de orçamento e elaboração das planilhas de custos, bem como para a disponibilização da mão-de-obra e dos equipamentos necessários à execução dos serviços.

Local, de de .

Assinatura, nome e cargo do representante legal da empresa

Assinatura e carimbo do servidor do INSS

OBS.: Deverá ser entregue 01 (uma) declaração para cada imóvel vistoriado. Esta declaração deverá ser apresentada em papel timbrado do proponente.

MODELO DE TERMO DE VISTORIA

B - DECLARAÇÃO

.....EMPRESA....., inscrita no CNPJ nº, por intermédio

de seu Responsável Legal,, portador da Carteira Profissional/identidade nº, DECLARA, sob as penas da lei, para todos os fins que, tendo em vista a faculdade da realização de vistoria para o restante dos imóveis, estar familiarizada com a natureza e vulto dos serviços, bem como as técnicas necessárias ao perfeito desenvolvimento da execução do objeto, para os fins da dispensa de licitação nº ____/2022, processo nº 35014.061761/2022-87.

Declara ainda que tem pleno conhecimento das condições do local e peculiaridades inerentes à natureza dos trabalhos, assumindo total responsabilidade por esse fato e informando que não o utilizará para quaisquer questionamentos futuros que ensejem avenças técnicas ou financeiras com o órgão licitador.

Local, de de .

Assinatura, nome e cargo do representante legal da empresa

Esta declaração deverá ser apresentada em papel timbrado do proponente



Documento assinado eletronicamente por **GUILHERME REBECCA DOS SANTOS, Analista do Seguro Social**, em 10/08/2023, às 14:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.inss.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **12820482** e o código CRC **5651B62D**.