**ANEXO I-DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV**

| Lote | Código MV | Descrição | Quantidade |
|---|---|---|---|
| 1 | 9151 | Arco Cirúrgico Convencional com intensificador de imagens para aplicações em procedimentos de cirurgia geral, ortopedia e neurologia (coluna).<br><br>Arco:<br><br>Movimento vertical motorizado, controlado pelo operador, de no mínimo 40 cm (+2cm);<br><br>Movimento horizontal de no mínimo 20 cm;<br><br>Movimento orbital de no mínimo 115º graus;<br><br>Rotação deve atingir a amplitude total de 360º graus;<br><br>Distância da fonte ao intensificador de imagem igual ou superior a 90 cm;<br><br>Profundidade de imersão de no mínimo 61 cm;<br><br>Espaço livre mínimo de 70 cm;<br><br>O equipamento deve ter defletores de cabos nas rodas;<br><br>Intensificador de imagens e monitores:<br><br>Intensificador de imagem de no mínimo 9 polegadas, com pelo menos dois campos de entrada;<br><br>Câmera de vídeo do tipo CCD ou superior com resolução mínima de 512 linhas horizontais;<br><br>Monitor duplo TFT ou LCD sensível ao toque, de no mínimo 17 polegadas com resolução mínima de 1280 x 1024 pixels e brilho máximo de no mínimo 450 cd/m2; ou monitor único TFT ou LCD, sensível ao toque, de no mínimo 25 polegadas com resolução mínima de 1920 x 1080 pixels e brilho máximo de no mínimo 350 cd/m2;<br><br>O console do operador pode ser touchscreen ou membrana/teclado, mas em ambos os casos, o monitor clínico de visualização deve apresentar suporte a LUT DICOM GSDF.<br><br>Central de TV para correção da orientação da imagem com suporte móvel com rotação;<br><br>Profundidade de imagem de, no mínimo 14 bits;<br><br>Dispor de mostradores visuais, como o valor selecionado para corrente elétrica, tensão elétrica, e o fator da corrente elétrica (mAs) pelo tempo em segundos, tempo de fluoroscopia e status de equipamento em funcionamento. | 10 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Exibir indicação do produto KERMA x área (PKA) acumulado durante o exame ou do KERMA no ar de referência, conforme o artigo 2º, item XII, da Instrução Normativa 91 (RDC 611/2022 da ANVISA)<br><br>Sistema digital:<br><br>Memória com recurso de retenção ou congelamento da última imagem adquirida (LIH);<br><br>Armazenamento de no mínimo 5 mil imagens;<br><br>Recurso de subtração angiográfica em tempo real;<br><br>Sistema de detecção de metal no campo da imagem mais algoritmo de redução de artefatos (MAR) com ajuste automático da imagem;<br><br>Deve possuir protocolos automatizados de seleção, controlando os kernels, modos de exposição e a dose no paciente, com ajustes específicos para sistemas cardíacos, ortopédicos, cerebrais e pediátricos, incluindo modos de baixa exposição e dose reduzida para crianças.<br><br>Possibilidade de medidas de distâncias e ângulos;<br><br>Filtros de redução de ruídos, rotação de imagens sem a necessidade de se emitir radiação, durante a rotação;<br><br>Possuir tecnologia para minimizar a dose de radiação gerada melhorando a qualidade da resolução da imagem;<br><br>Grade antiespalhamento removível, para auxiliar na redução de dose e melhoria na qualidade de imagem em procedimentos pediátricos;<br><br>Processamento de imagens para vascular (Zoom e Road Mapping);<br><br>Recursos de zoom de no mínimo dois tamanhos;<br><br>Aquisição simples e sequencial de imagens;<br><br>Visualização de cine-loop digital; rotação, inversão lateral e vertical de imagens, realce de bordas, zoom, correção de brilho e contraste.<br><br>Gerador e tubo de raios-x<br><br>Gerador de alta frequência controlado por microprocessador com potência de 2,0kW ou maior;<br><br>Tubo de raios x com anodo estacionário e ponto focal duplo, sendo o menor desses, igual ou menor que 0,6 mm e o maior igual ou menor a 1,6 mm;<br><br>Colimador em formato de íris e de lâminas paralelas;<br><br>Capacidade térmica da carcaça de no mínimo 900 kHU; | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Capacidade térmica de resfriamento da carcaça de no mínimo 12 kHU/min;<br><br>Capacidade de resfriamento do anodo de pelo menos 50 kHU/min;<br><br>Sistema tubo/gerador com filtragem total equivalente a 2,5mm Al ou superior;<br><br>Fluoroscopia manual com no mínimo 40 a 110 kV e capacidade de corrente máxima de 16 mA;<br><br>Fluoroscopia pulsada com no mínimo 40 a 110kV e capacidade de corrente máxima de 25mA;<br><br>Modo radiografia digital com no mínimo 40 a 110kV e corrente mínima de 13mA ou maior;<br><br>Fluoroscopia com dose reduzida para crianças;<br><br>Características de software<br><br>Interface DICOM 3.0 com no mínimo as modalidades Storage, Print, MPPS, Q&R e Worklist, para envio e arquivamento de imagens no PACS.<br><br>Características elétricas<br><br>Tensão de alimentação Bivolt;<br><br>Frequência de alimentação: 60Hz;<br><br>Acessórios inclusos e informações adicionais:<br><br>Sistema de baterias para proteção contra desligamento, em caso de ausência de energia elétrica com no mínimo 5 minutos de autonomia para salvar as últimas imagens<br><br>01 (par) de protetores autoclaváveis (tubo de raios-x, arco e intensificador)<br><br>Disparador manual com cabo devendo possuir no mínimo 2 metros de comprimento;<br><br>Pedal com cabo de no mínimo 5 metros e grau de proteção IPX8 ou superior;<br><br>Teclado alfanumérico ou touchscreen;<br><br>Gravador de DVD ou saídas USB integradas ao sistema para exportação de imagens e vídeos<br><br>Fornecimento de todos os softwares, cabos, conectores, pedais, acessórios e kits indispensáveis ao funcionamento do equipamento solicitado. | |

**ANEXO II - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA**

## MODELO DE COMPROVAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E PROPOSTA DE PREÇOS

| | |
|---|---|
| **Nome da Empresa:** | |
| **CNPJ:** | |
| **Endereço:** | |
| **Responsável pela proposta:** | |
| **Telefone:** | |
| **E-mail:** | |

**Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal**

Prezados Senhores,

Apresentamos nossa proposta para fornecimento de equipamentos médicos destinados ao **Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)** e **Hospital Regional de Santa Maria (HRSM),** em apoio à expansão e modernização do referido serviço. O valor global da proposta é de R$ _____.

Declaramos expressamente que os itens e acessórios fornecidos estão em plena conformidade com as especificações técnicas exigidas, sendo devidamente referenciados de acordo com os tópicos e subtópicos descritos no manual de instruções do equipamento, e devidamente identificados nas tabelas de lotes apresentadas a seguir:

**LOTE 01**

| **ARCO CIRURGICO: O EQUIPAMENTO DEVE SER ACOMPANHADO NO MINIMO DOS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:** | | |
|---|---|---|
| **ITEM** | **DESCRITIVO TÉCNICO** | **Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito** |
| 1 | Arco: | |
| 2 | - Movimento vertical motorizado, controlado pelo operador, de no mínimo 40 cm (+2cm); | |
| 3 | - Movimento horizontal de no mínimo 20 cm; | |
| 4 | - Movimento orbital de no mínimo 115º graus; | |
| 5 | - Rotação deve atingir a amplitude total de 360º graus; | |
| 6 | - Distância da fonte ao intensificador de imagem igual ou superior a 90 cm; | |
| 7 | - Profundidade de imersão de no mínimo 61 cm; | |
| 8 | - Espaço livre mínimo de 70 cm; | |
| 9 | - O equipamento deve ter defletores de cabos nas rodas; | |
| 10 | Intensificador de imagens e monitores: | |

| | | |
|---|---|---|
| 11 | - Intensificador de imagem de no mínimo 9 polegadas, com pelo menos dois campos de entrada; | |
| 12 | - Câmera de vídeo do tipo CCD ou superior com resolução mínima de 512 linhas horizontais; | |
| 13 | - Monitor duplo TFT ou LCD sensível ao toque, de no mínimo 17 polegadas com resolução mínima de 1280 x 1024 pixels e brilho máximo de no mínimo 450 cd/m2; ou monitor único TFT ou LCD, sensível ao toque, de no mínimo 25 polegadas com resolução mínima de 1920 x 1080 pixels e brilho máximo de no mínimo 350 cd/m2; | |
| 14 | - O console do operador pode ser touchscreen ou membrana/teclado, mas em ambos os casos, o monitor clínico de visualização deve apresentar suporte a LUT DICOM GSDF. | |
| 15 | - Central de TV para correção da orientação da imagem com suporte móvel com rotação; | |
| 16 | - Profundidade de imagem de, no mínimo 14 bits; | |
| 17 | - Dispor de mostradores visuais, como o valor selecionado para corrente elétrica, tensão elétrica, e o fator da corrente elétrica (mAs) pelo tempo em segundos, tempo de fluoroscopia e status de equipamento em funcionamento. | |
| 18 | - Exibir indicação do produto KERMA x área (PKA) acumulado durante o exame ou do KERMA no ar de referência, conforme o artigo 2º, item XII, da Instrução Normativa 91 (RDC 611/2022 da ANVISA) | |
| 19 | Sistema digital: | |
| 20 | Memória com recurso de retenção ou congelamento da última imagem adquirida (LIH); | |
| 21 | - Armazenamento de no mínimo 5 mil imagens; | |
| 22 | - Recurso de subtração angiográfica em tempo real; | |
| 23 | - Sistema de detecção de metal no campo da imagem mais algoritmo de redução de artefatos (MAR) com ajuste automático da imagem; | |
| 24 | - Deve possuir protocolos automatizados de seleção, controlando os kernels, modos de exposição e a dose no paciente, com ajustes específicos para sistemas cardíacos, ortopédicos, cerebrais e pediátricos, incluindo modos de baixa exposição e dose reduzida para crianças. | |
| 25 | - Possibilidade de medidas de distâncias e ângulos; | |
| 26 | - Filtros de redução de ruídos, rotação de imagens sem a necessidade de se emitir radiação, durante a rotação; | |
| 27 | - Possuir tecnologia para minimizar a dose de radiação gerada melhorando a qualidade da resolução da imagem; | |
| 28 | - Grade antiespalhamento removível, para auxiliar na redução de dose e melhoria na qualidade de imagem em procedimentos pediátricos; | |
| 29 | - Processamento de imagens para vascular (Zoom e Road Mapping); | |
| 30 | - Recursos de zoom de no mínimo dois tamanhos; | |
| 31 | - Aquisição simples e sequencial de imagens; | |

| | | |
|---|---|---|
| 32 | - Visualização de cine-loop digital; rotação, inversão lateral e vertical de imagens, realce de bordas, zoom, correção de brilho e contraste. | |
| 33 | Gerador e tubo de raios-x: | |
| 34 | - Gerador de alta frequência controlado por microprocessador com potência de 2,0kW ou maior; | |
| 35 | - Tubo de raios x com anodo estacionário e ponto focal duplo, sendo o menor desses, igual ou menor que 0,6 mm e o maior igual ou menor a 1,6 mm; | |
| 36 | - Colimador em formato de íris e de lâminas paralelas; | |
| 37 | - Capacidade térmica da carcaça de no mínimo 900 kHU; | |
| 38 | - Capacidade térmica de resfriamento da carcaça de no mínimo 12 kHU/min; | |
| 39 | - Capacidade de resfriamento do anodo de pelo menos 50 kHU/min; | |
| 40 | - Sistema tubo/gerador com filtragem total equivalente a 2,5mm Al ou superior; | |
| 41 | - Fluoroscopia manual com no mínimo 40 a 110 kV e capacidade de corrente máxima de 16 mA; | |
| 42 | - Fluoroscopia pulsada com no mínimo 40 a 110kV e capacidade de corrente máxima de 25mA; | |
| 43 | - Modo radiografia digital com no mínimo 40 a 110kV e corrente mínima de 13mA ou maior; | |
| 44 | Fluoroscopia com dose reduzida para crianças; | |
| 45 | Características de software: | |
| 46 | - Interface DICOM 3.0 com no mínimo as modalidades Storage, Print, MPPS, Q&R e Worklist, para envio e arquivamento de imagens no PACS. | |
| 47 | Características elétricas: | |
| 48 | - Tensão de alimentação Bivolt; | |
| 49 | - Frequência de alimentação: 60Hz; | |
| 50 | Acessórios inclusos e informações adicionais: | |
| 51 | - Sistema de baterias para proteção contra desligamento, em caso de ausência de energia elétrica com no mínimo 5 minutos de autonomia para salvar as últimas imagens | |
| 52 | - 01 (par) de protetores autoclaváveis (tubo de raios-x, arco e intensificador) | |
| 53 | - Disparador manual com cabo devendo possuir no mínimo 2 metros de comprimento; | |
| 54 | - Pedal com cabo de no mínimo 5 metros e grau de proteção IPX8 ou superior; | |
| 55 | - Teclado alfanumérico ou touchscreen; | |
| 56 | - Gravador de DVD ou saídas USB integradas ao sistema para exportação de imagens e vídeos | |
| 57 | - Fornecimento de todos os softwares, cabos, conectores, pedais, acessórios e kits indispensáveis ao funcionamento do equipamento solicitado. | |

***Obs.:1. A proponente deverá preencher exclusivamente o quadro referente ao(s) lote(s) para o(s) qual(is) pretende apresentar proposta, permanecendo em branco os quadros relativos aos demais lotes.***

a) Forneceremos os equipamentos em conformidade com os requisitos e normas vigentes, já prevendo encargos e/ou impostos, pelo preço global contratado;

b) Concordamos integralmente e sem qualquer restrição, com as condições da referida Seleção de Fornecedores, expressas no Ato, Anexos, Encartes e Aviso de Convocação respectiva;

c) Temos pleno conhecimento do local onde serão entregues os equipamentos, objeto deste Ato, para o fiel cumprimento das condições de garantia que oferecemos;

d) Serão de nossa responsabilidade todos os custos relativos à execução/entergado objeto deste Ato, inclusive as obrigações e/ou encargos trabalhistas com o pessoal;

e) Manteremos válidas e imutáveis todas as condições desta proposta pelo prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados da data de abertura das propostas.

Por fim, informamos que o signatário desta proposta está devidamente autorizado e habilitado a prestar ao **IGESDF** quaisquer esclarecimentos ou informações complementaresque se façam necessários, em conformidade com as exigências do presente processo..

Eporserverdade,assinaapresentedeclaraçãosob aspenasda lei.

[Local], ____de _____de 2026

_____

[NomedoRepresentanteLegal–Cargo–RG-CPF]

**ANEXOIII-TERMO DE ENTREGA PROVISÓRIA**

PelopresenteTermo,aspartesabaixoidentificadas:

**[NOME DA EMPRESA CONTRATADA]**, inscrita no CNPJ sob o nº **[CNPJ]**, com sede em **[ENDEREÇO COMPLETO]**, doravante denominada CONTRATADA, e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), inscrito no CNPJ sob o nº 28.481.233/0001-72, doravante denominado **CONTRATANTE**, resolvem celebrar o presente Termo de Recebimento Provisório de Equipamentos Médicos-Hospitalares, com base nas condições abaixo especificadas.

1. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:**[DESCRIÇÃODOEQUIPAMENTO]
   - **Modelo:**[MODELO]
   - **NúmerodeSérie:**[NÚMERODESÉRIE]
   - **Volume(s)/Caixa(s):**[QUANTIDADEDECAIXAS/VOLUMES]
   - **NotaFiscaldeRemessa:**[NÚMERODANOTAFISCAL]
   - **DatadeRemessa:**[DATADEREMESSA]

2. **CondiçõesdeEntrega**

- A **CONTRATADA** declaraqueaentregados volumesfoi realizadaemconformidade com a Nota Fiscal de Remessa nº **[NÚMERO DA NOTA FISCAL]**, e que os volumesentregues estão devidamente acondicionados e em conformidade com as especificações acordadas.
- A **CONTRATANTE** deverá conferir os volumes recebidos com a documentação de remessa, sendo que qualquer discrepância ou dano detectado no momento da entrega deverá ser comunicado imediatamente à **CONTRATADA** para as providências cabíveis.

3. **CondiçõesdeEntregaProvisória**

- Este termo estabelece que o recebimento dos volumes é provisório, condicionado à verificação da conformidade dos itens entregues com a Nota Fiscal e à instalação dos equipamentos, conforme os seguintes detalhes:
- A **CONTRATADA**compromete-searealizara instalaçãodos equipamentosno prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de recebimento dos volumes. A instalação deverá ser realizada de acordo com as instruções técnicas e de segurança fornecidas pelo fabricante, bem como com os requisitos legais e normativos aplicáveis.
- A **CONTRATANTE** compromete-se a formalizar a aceitação definitiva dos equipamentos apenas após a instalação completa, realização de treinamentos e a verificação de que os equipamentos atendem aos requisitos técnicos estabelecidos.

4. **DeclaraçõesdasPartes**

- A **CONTRATADA** declara que a entrega dos volumes foi realizada conforme a Nota Fiscal de Remessa nº[NÚMERO DA NOTA FISCAL], e que os volumes entregues estão devidamente acondicionados e em conformidade com as especificações acordadas.
- A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer todo o suporte necessário durante o períododeinstalaçãoe testes,garantindo queeventuaisfalhasouajustes sejamcorrigidos dentro do prazo acordado.
- A **CONTRATANTE** declara que, ao receber os volumes, verificará a integridade dos itens,conferindo-oscomadocumentaçãofiscal,equequalquerdivergênciaouavaria

identificadadeverásercomunicadaàCONTRATADAnoprazomáximode24(vintee quatro) horas corridas.

- A **CONTRATANTE** compromete-se a informar a CONTRATADA sobre a necessidade de ajustes, correções ou manutenções dos equipamentos durante o período de instalação e testes, colaborando para a conclusão bem sucedida do processo de recebimento.

**LocaleData:**
[**CIDADE**],[**DIA**]de[**MÊS**]de [**ANO**].

**Assinaturas:**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Representante da Contratada<br>Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]**<br>Cargo:**[CARGO]**<br>CPF:**[CPF]** | Representante da Contratante<br>Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]**<br>Cargo:**[CARGO]**<br>CPF:**[CPF]** |

**ANEXO IV-TERMO DE RECEBIMENTO PROVISÓRIO**

**[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 Provisório de Equipamento Médico-Hospitalar nas seguintes condições:

1. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:**[DESCRIÇÃODOEQUIPAMENTO]
   - **Modelo:**[MODELO]
   - **NúmerodeSérie:**[NÚMERODESÉRIE]
   - **DatadeRecebimento:**[DATADORECEBIMENTO]

2. **CondiçõesdeEntregaeInstalação**
   - OequipamentofoientregueeinstaladopelaCONTRATADAnaunidade **[UNIDADE]**,setor**[SETOR]**.
   - A instalação foi realizada conforme os procedimentos técnicos e de segurança estabelecidos pelo fabricante e os instrumentos normativos e legais relacionados;

3. **PeríododeAvaliação**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi recebido e instalado, porém o aceite final está condicionado à aprovação durante o período de avaliação, que terá duração de **15 (quinze) dias corridos** contados a partir da data de emissão deste Termo.
   - Durante esse período, o equipamento será submetido a testes operacionais e avaliação de desempenho para verificar a conformidade com as especificações contratuais e técnicas.
   -

4. **CondiçõesdoRecebimentoProvisório**
   - Este termo **não implica no aceite definitivo do equipamento**, sendo a CONTRATADA responsável por corrigir eventuais falhas ou irregularidades identificadas durante o período de avaliação.
   - A CONTRATANTE compromete-se a formalizar o recebimento definitivo aotérmino do período de avaliação, caso o equipamento atenda plenamente aos requisitos contratuais e técnicos.
   -

5. **DeclaraçõesdasPartes**
   - A CONTRATADA declara que está ciente de suas responsabilidades durante o períododeavaliação,incluindosuporte técnico,manutençãocorretivaeeventuais ajustes necessários.
   - A CONTRATANTEcompromete-seacomunicaràCONTRATADAqualquerproblema identificado durante o uso do equipamento no prazo máximo de **24 (vinte e quatro) horas corridas** após sua ocorrência.

**LocaleData:**
[**CIDADE**],[**DIA**]de[**MÊS**]de[**ANO**].

**Assinaturas:**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Representante da Contratada<br>Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]**<br>Cargo:**[CARGO]**<br>CPF:**[CPF]** | Representante da Contratante<br>Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]**<br>Cargo:**[CARGO]**<br>CPF:**[CPF]** |

**ANEXOV-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 EstratégicadeSaúdedo DistritoFederal(IGESDF),inscrita noCNPJsobonº28.481.233/0001- 72, doravante denominada "CONTRATANTE", firmam o presente Termo de Recebimento Definitivo de Equipamento Médico-Hospitalar nas seguintes condições:

1. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:**[DESCRIÇÃODOEQUIPAMENTO]
   - **Modelo:**[MODELO]
   - **NúmerodeSérie:**[NÚMERODESÉRIE]
   - **DatadeEntregaeInstalação:**[DATA]
2. **CondiçõesdoRecebimento**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi entregue, instalado e devidamenteconfiguradopelaCONTRATADAnolocalindicado,conforme especificações contratuais.
   - O equipamento foi submetido ao período de avaliação, com duração de **15 (quinze)diascorridos**,duranteo qualforamrealizadosostestesoperacionaiseas análises técnicas necessárias para validar seu desempenho.
3. **DeclaraçãodeConformidade**
   - ACONTRATANTEconfirmaqueoequipamentoatende plenamenteàscondiçõese especificações descritas no Contrato nº **[NÚMERO DO CONTRATO]** e em seus apêndices.
   - Nãoforamidentificadasfalhas,defeitosouirregularidadesquecomprometamo uso do equipamento para sua finalidade.
4. **AceiteDefinitivo**
   - Mediante o cumprimento integral das obrigações contratuais e técnicas, a CONTRATANTEformalizao**aceitedefinitivo**doequipamento,encerrandoo período de avaliação e finalizando o processo de recebimento, conforme o contrato firmado entre as partes.
   - A CONTRATADA permanece responsável pelas obrigações de garantia, manutençãoesuportetécnico,conformeosprazosecondiçõesestipuladosno contrato.

**LocaleData:**
[**CIDADE],**[**DIA**]de[**MÊS**]de[**ANO**].

**Assinaturas:**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Representante da Contratada<br>Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]**<br>Cargo:**[CARGO]**<br>CPF:**[CPF]** | Representante da Contratante<br>Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]**<br>Cargo:**[CARGO]**<br>CPF:**[CPF]** |

**ANEXO VI – MODELO PARA TERMO DE VISITA TÉCNICA**

Modelo para Termo de Visita Técnica (Para preenchimento da participante)

DECLARAÇÃO FORMAL DE VISTORIA

[Nome do Representante Legal – Cargo – RG - CPF]

_____ (nome empresarial da participante), inscrita no CNPJ sob o n° _____ com sede à _____ _____ (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr. (a) _____, infra-assinado, portador (a) da Carteira de Identidade n°_____ e do CPF/MF n° _____, para fins, DECLARA que:

( ) Visitou as áreas da Unidade _____ - IGESDF a fim de inspecionar as instalações e realizar vistoria técnica das áreas prediais e local destinado à instalação do objeto deste elemento técnico, obtendo o conhecimento de todos os detalhes, informações e condições necessárias à elaboração da proposta e SE COMPROMETE a prestar fielmente os serviços nos termos do Edital, do Elemento Técnico e dos demais anexos que compõem o processo nº _____.

( ) Não visitou as áreas da Unidade _____ - IGESDF a fim de inspecionar as instalações e realizar vistoria técnica das áreas prediais e local destinado à instalação do objeto deste elemento técnico, assumindo, nestes termos, total responsabilidade pelas informações prestadas e comprometendo-se a não utilizar eventual desconhecimento técnico ou ambiental como justificativa para descumprimento contratual ou pleito de reequilíbrio econômico-financeiro do do Elemento Técnico e dos demais anexos que compõem o processo nº _____.

LOCAL, ___ de _____ de _____

_____
[Nome do Representante Legal – Cargo – RG – CPF]
Assinatura e Carimbo do Representante Legal

_____
[Nome do Representante do IGE-DF – Cargo – RG – CPF]
Assinatura e Carimbo do Representante do IGESDF