

# TERMO DE ACEITE E ENTREGA DE SERVIÇOS

## UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

DIA	MÊS	ANO	
31	1	2026	

NOME DO CLIENTE

h

OBJETO DA ENTREGA

h

LOCAL DA ENTREGA

h

### STATUS DA ENTREGA

Concluído

☐

Concluído com Ressalva

☒

COMPRADOR

h

222.190.378-19

REPRESENTANTE FLEXIMEDICAL

h

536.040.628-37