

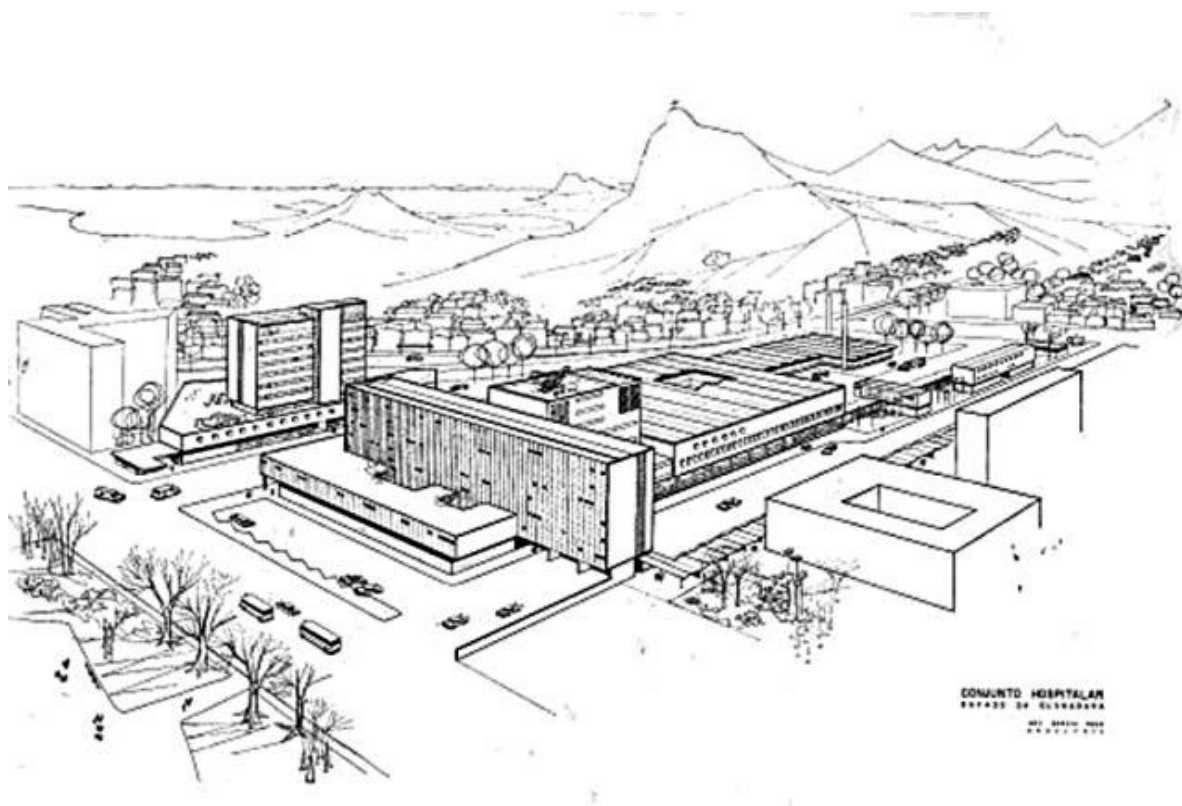


PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde – SMS
Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, Bl. 1, 7º andar – Sala 701
Cidade Nova - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20.211-110
Tel: (21) 2976-2024 / (21) 2976-2026

PROCESSO	
Data	Fls.
Rubrica	

ANEXO IV 4.5

MODELO DE DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA





PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde – SMS
Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, Bl. 1, 7º andar – Sala 701
Cidade Nova - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20.211-110
Tel: (21) 2976-2024 / (21) 2976-2026

PROCESSO	
Data	Fls.
Rubrica	

DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA

(razão social), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº (informar), com sede à (endereço), neste ato representada por seu(sua) representante legal (nome), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), declara, para fins de comprovação junto à Comissão de Licitação, que o(a) Sr(a). (nome), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), representando a empresa, compareceu ao Complexo Hospitalar Municipal Souza Aguiar – CHMSA, local onde será executado o objeto da Licitação nº (informar), tomando conhecimento de todas as condições e peculiaridades que possam, de qualquer forma, influir sobre o custo, preparação de documentos, proposta e execução do objeto da Licitação.

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(razão social)