

**Senhor licitante:**

**Visando possível comunicação futura entre a Secretaria Municipal de Saúde e a sua empresa, solicitamos o preenchimento completo do Recibo de Retirada de Edital, abaixo, remetendo-o por meio do fax nº (84) 3232 8512 ou para o e-mail: [cplsmsnatal@yahoo.com.br](mailto:cplsmsnatal@yahoo.com.br).**

**Após o encaminhamento deste Recibo de Retirada de Edital, encaminharemos o edital pelo e-mail constante do mesmo.**

**Solicitamos que seja enviado, por e-mail ou fax, apenas o RECIBO DE ENTREGA DE EDITAL, não sendo necessário enviar esta primeira parte.**

**José Ivam Pinheiro  
Presidente da CPL/SMS**

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comissão Permanente de Licitação**  
**Recibo de Entrega de Edital**

**Chamada Publica nº 20.004 / 2014**

**Processo nº 051146/2014-39**

**Objeto: Serviço Ambulatorial Especializado de Deformidades Dento Facial.**

**Data da realização: 28/11/2014**

**Horário: 10:00 horas**

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

**CNPJ nº** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fax** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Responsável:** \_\_\_\_\_

**Contato:** \_\_\_\_\_

RECEBI da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, através do acesso a página [www.natal.rn.gov.br](http://www.natal.rn.gov.br) ou pelo e-mail [cplsmsnatal@yahoo.com.br](mailto:cplsmsnatal@yahoo.com.br), nesta data, cópia do instrumento convocatório da licitação acima identificada.

\_\_\_\_\_, (\_\_\_\_), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Assinatura