



1. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: Laisa Resende Arantes

Registro Nacional: A118551-9

Título do Profissional: Arquiteto e Urbanista

2. DADOS DO CONTRATO

Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALEXÂNIA

Documento de identificação: 11254840000105

Contrato:

Valor Contrato/Honorários: R\$ 0,00

Tipo de Contratante: Órgão Público

Celebrado em: 17/10/2018

Data de Início: 01/11/2018

Previsão de término: 31/12/2019

Após a conclusão das atividades técnicas o profissional deverá proceder a baixa deste RRT

3. DADOS DA OBRA/SERVIÇO

Endereço: RUA TRINTA E QUATRO

Nº: 2

Complemento:

Bairro: CENTRO

UF: GO CEP: 72920000 Cidade: ALEXÂNIA

Coordenadas Geográficas: Latitude: 0

Longitude: 0

4. ATIVIDADE TÉCNICA

Grupo de Atividade: 1 - PROJETO

Subgrupo de Atividade: 1.1 - ARQUITETURA DAS EDIFICAÇÕES

Atividade: 1.1.3 - Projeto arquitetônico de reforma

Quantidade: 1.065,20

Unidade: m²

Grupo de Atividade: 1 - PROJETO

Subgrupo de Atividade: 1.1 - ARQUITETURA DAS EDIFICAÇÕES

Atividade: 1.1.6 - Projeto de adequação de acessibilidade

Quantidade: 1.065,20

Unidade: m²

Grupo de Atividade: 1 - PROJETO

Subgrupo de Atividade: 1.7 - RELATÓRIOS TÉCNICOS DE ARQUITETURA

Atividade: 1.7.1 - Memorial descritivo

Quantidade: 1,00

Unidade: un

Declaro que na(s) atividade(s) registrada(s) neste RRT foram atendidas as regras de acessibilidade previstas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e no Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.

A(s) atividade(s) registrada(s) neste RRT atende(m) ao Programa do Governo Federal, Viver Sem Limites, instituído pelo Decreto Federal 7.612 de 17 de novembro de 2011

5. DESCRIÇÃO

Projeto de reforma do Hospital Municipal de Alexânia. Troca da cobertura, pintura, troca de esquadrias, piso e fachada. acessibilidade

6. VALOR

"O RRT Retificador é isento de taxa conforme o Art. Nº 14 da Resolução nº 91/2014 - CAU/BR."

HISTÓRICO DE RRT POR TIPO DE VÍNCULO

Nº DO RRT	FORMA DE REGISTRO	DATA DE CADASTRO	DATA DE PAGAMENTO
7645815	INICIAL	13/11/2018	19/11/2018



7788439

RETIFICADOR

29/12/2018

ISENTO

7. ASSINATURAS

Declaro serem verdadeiras as informações acima.

_____, ____ de _____ de _____
Local Dia Mês Ano

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALEXÂNIA
Documento de identificação: 11254840000105

Laisa Resende Arantes
CPF: 030.154.011-06