

**CAU/BR**Conselho de Arquitetura  
e Urbanismo do Brasil

Registro de Responsabilidade Técnica - RRT

**RRT SIMPLES**  
**Nº 0000007184448**INICIAL  
INDIVIDUAL

## 1. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: NILLANDER PEREIRA ALVES

Registro Nacional: A67132-0

Título do Profissional: Arquiteto e Urbanista

## 2. DADOS DO CONTRATO

Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Documento de identificação: 11078437000164

Contrato: 001

Valor Contrato/Honorários: R\$ 0,00

Tipo de Contratante: Órgão Público

Celebrado em: 12/07/2018

Data de Início: 12/07/2018

Previsão de término: 18/09/2019

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.

## 3. DADOS DA OBRA/SERVIÇO

RUA TRINTA E SEIS

Nº: LT. 01

Complemento: QD. 20

Bairro: SETOR CENTRAL

UF: GO CEP: 75890000 Cidade: SÃO SIMÃO

Coordenadas Geográficas: Latitude: 0

Longitude: 0

## 4. ATIVIDADE TÉCNICA

Atividade: 1.10.1 - Memorial descritivo

Quantidade: 1,00

Unidade: un

Atividade: 1.1.2 - Projeto arquitetônico

Quantidade: 266,00

Unidade: m²

Atividade: 1.2.5 - Projeto de estruturas mistas

Quantidade: 266,00

Unidade: m²

Atividade: 1.5.1 - Projeto de instalações hidrossanitárias prediais

Quantidade: 266,00

Unidade: m²

Atividade: 1.5.7 - Projeto de instalações elétricas prediais de baixa tensão

Quantidade: 30,00

Unidade: kVA

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

## 5. DESCRIÇÃO

Projeto de arquitetura para construção de uma edificação institucional localizada na cidade de São Simão Go. Foram desenvolvido projeto com planta baixa, cortes, fachada e detalhamento dos acabamentos que serão acrescentado a obra.

## 6. VALOR

Valor do RRT: R\$ 91,50

Pago em: 13/07/2018

Total Pago: R\$ 91,50



**CAU/BR**

Conselho de Arquitetura  
e Urbanismo do Brasil

Registro de Responsabilidade Técnica - RRT

**RRT SIMPLES**  
**Nº 0000007184448**

INICIAL  
INDIVIDUAL



## 7. ASSINATURAS

Declaro serem verdadeiras as informações acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Dia Mês Ano

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Documento de identificação: 11078437000164

NILLANDER PEREIRA ALVES  
CPF: 015.078.701-40