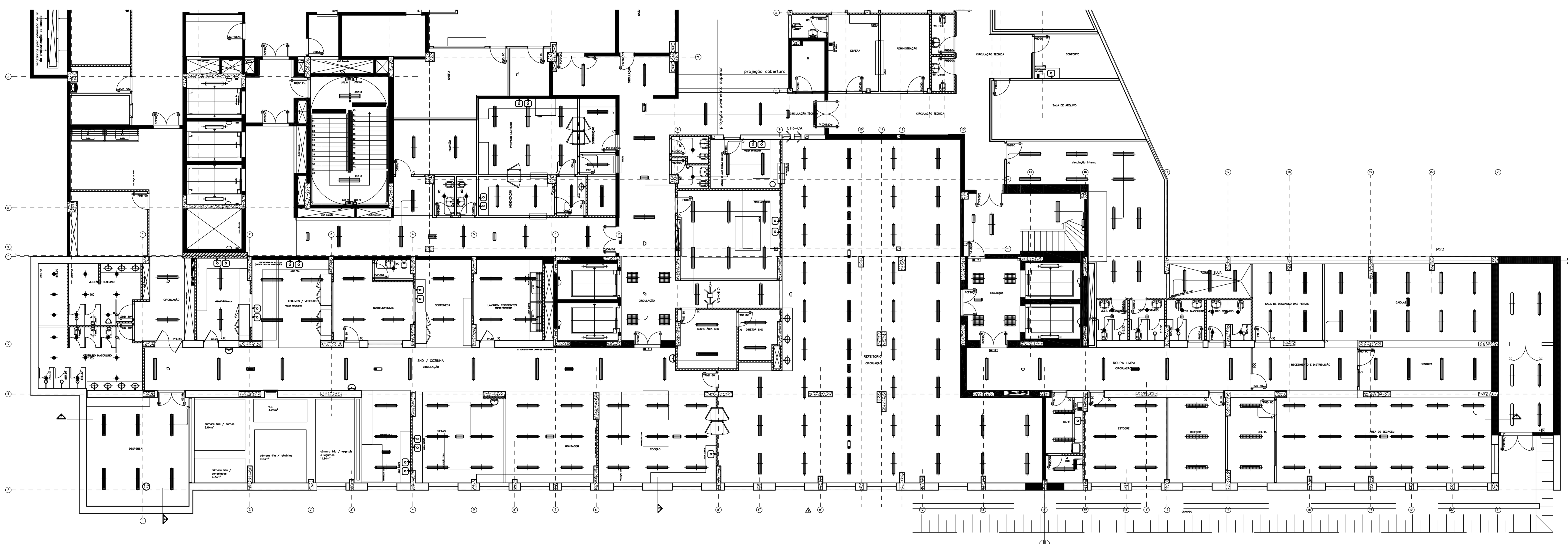


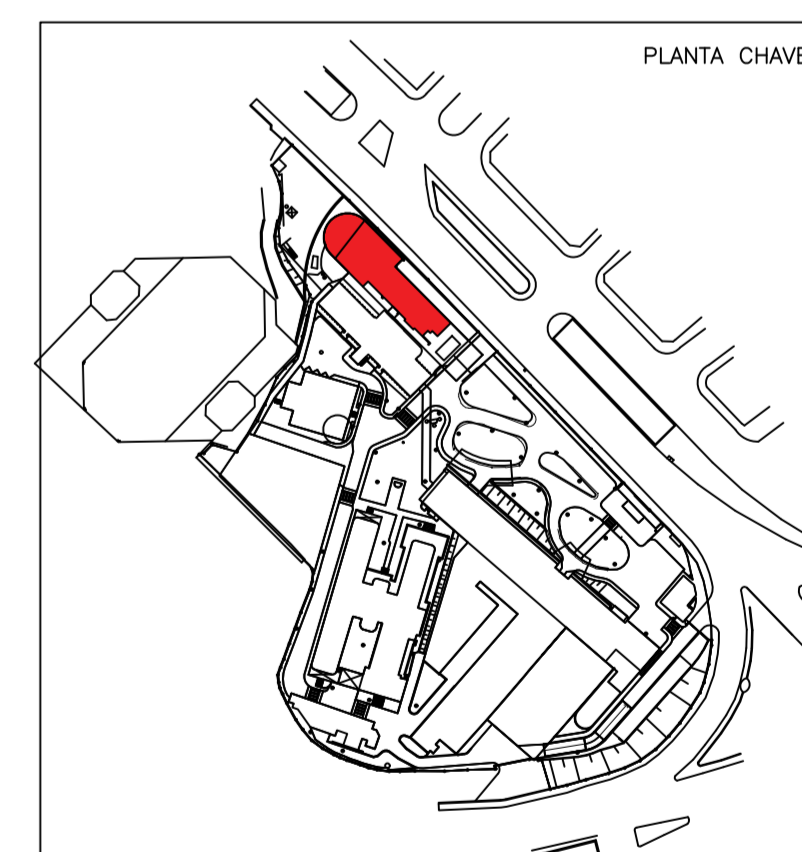
2

A B C D E F



2

1



1

OBS: _____
 INSERIR LOGOTIPO / DADOS DA CONTRATADA _____

ANULADO	PROJETO RECEBIDO EM
<input type="checkbox"/> LIBERADO	PROJETO APROVADO EM
<input type="checkbox"/> LIBERADO COM RESTRIÇÃO	_____
<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO	RESPONSÁVEL TÉCNICO _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SUS/SP

<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</p>	<p>SECRETARIA DE SAÚDE</p> <p>GRUPO TÉCNICO DE EDIFICAÇÕES</p>	<p>INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS</p> <p>AV. DR. ARNALDO JESUS - SÃO PAULO - SP</p> <p>PLANTA DO 1º SUBSÓLO</p>
	<p>PROJETO BÁSICO</p> <p>PREDIO HOSPITALAR</p> <p>102</p>	<p>18/11/2014</p>
	<p>Arq. CAMILO CHINGOTTI</p>	<p>Arq. CAMILO CHINGOTTI</p>

- NOTAS
- 1. CONFERIR MEDIDAS NO LOCAL
 - NOTA 2
 - NOTA 3
 - NOTA 4
 - NOTA 5
 - NOTA 6
 - NOTA 7
 - NOTA 8
 - NOTA 9
 - NOTA 10
 - NOTA 11

A B C D E F