



**Tipo:**PRESTAÇÃO DE SERVIÇO **Participação Técnica:** INDIVIDUAL/PRINCIPAL  
**Convênio:** NÃO É CONVÊNIO **Motivo:** NORMAL

**Contratado**

**Carteira:** RS031935 **Profissional:** EDSON FERNANDO PRESTES IBALDO **E-mail:** edson\_ibaldo@hotmail.com  
**RNP:** 2200841752 **Título:** Engenheiro de Operação - Fabricação Mecânica  
**Empresa:** NENHUMA EMPRESA **Nr.Reg.:**

**Contratante**

**Nome:** MUNICÍPIO DE CAMPO BOM **E-mail:**  
**Endereço:** AVENIDA INDEPENDENCIA 800 **Telefone:** 51.35988600 **CPF/CNPJ:** 90832619000155  
**Cidade:** CAMPO BOM **Bairro.:** CENTRO **CEP:** 93700000 **UF:** RS

**Identificação da Obra/Serviço**

**Proprietário:** MUNICÍPIO DE CAMPO BOM - HOSPITAL LAURO REUS **CPF/CNPJ:** 90832619000155  
**Endereço da Obra/Serviço:** Rua OSVALDO CRUZ 116 **CEP:** 93700000 **UF:** RS  
**Cidade:** CAMPO BOM **Bairro:** CENTRO  
**Finalidade:** HOSPITALAR **Valor Contrato(R\$):** 2.000,00 **Honorários(R\$):**  
**Data Início:** 22/03/2022 **Prev.Fim:** 22/06/2022 **Ent.Classe:** SENGE-RS

| <b>Atividade Técnica</b> | <b>Descrição da Obra/Serviço</b>                       | <b>Quantidade</b> | <b>Unid.</b> |
|--------------------------|--|-------------------|--------------|
| Projeto                  | REDES GASES MED. DA URGENCIA, EMERGENCIA, IMAGENOLOGIA | 905,00            | M            |

**ART registrada (paga) no CREA-RS em 22/03/2022**

|              |  |                        |
|--------------|--|------------------------|
|              | Declaro serem verdadeiras as informações acima | De acordo              |
| Local e Data | EDSON FERNANDO PRESTES IBALDO                  | MUNICÍPIO DE CAMPO BOM |
|              | Profissional                                   | Contratante            |

**A AUTENTICIDADE DESTA ART PODE SER CONFIRMADA NO SITE DO CREA-RS, LINK SOCIEDADE - ART CONSULTA.**