- ME

DATA: 06/05/2022 HORA: 14:25:26

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

HOSPITAL DE AGRICOLANDIA

64440-000

PI

4 - COMPETÊNCIA

5 - IDENTIFICADOR

6 -

7 -

8 - OUTROS

10 - VALOR

11 - VALOR

12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FNS,
QUE CONFORME CONTRATO
☐ Os materiais foram entregues
☐ Os serviços foram realizados,
☐ A obra foi concluída

Carlos Henrique Lima Soares
Ass. Responsável
Controlador
CPF: 852.056.213-20

- ME

DATA: 06/05/2022 HORA: 14:25:26

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

HOSPITAL DE AGRICOLANDIA

4 - COMPETÊNCIA

5 - IDENTIFICADOR

6 -

7 -

8 - OUTROS

10 - VALOR

11 - VALOR

12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

01