



APPROVAÇÃO:

PROJETADO: _____
 PROJETISTA: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENEDEITO/CE.

REFORMA DO HOSPITAL DE SÃO BENEDEITO

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS
 PLANTA DE DETALHES

01/01

03/03

LOCAL: SERVIÇO SOCIAL COMPLEXO DE SÃO BENEITO SUAM	
PROJETISTA	ESCALA:
PROJETISTA	1:25
PROJETISTA	DATA:
PROJETISTA	ADMISSÃO: