



RENOVAÇÃO DE AR						
TABELA DE EQUIPAMENTOS						
CÓD	QUANT	CAPACIDADE	MARCA	MODELO	ALIM	POTÊNCIA NOMINAL
RVA 01	9	VAR.	SICFLUX	RVA100	-	-
RVA 02	8	VAR.	SICFLUX	RVA150	-	-
RVA 03	3	VAR.	SICFLUX	RVA200	-	-
TAE 01	1	máx. 130 m³/h	SICFLUX	MAXX 100 + FILBOX RED 100 (G4 + F8) + Grelha S10	127 V / 230 V 50 Hz / 60 Hz	88W / 77W
TAE 02	3	máx. 371 m³/h	SICFLUX	MAXX 150 + FILBOX RED 150 (G4 + F8) + Grelha S150	127 V / 230 V 50 Hz / 60 Hz	88W / 77W
TAE 03	1	máx. 750 m³/h	SICFLUX	MAXX 200 + FILBOX RED 200 P (G4 + M5) + Grelha S200	127 V / 230 V 50 Hz / 60 Hz	88W / 77W
EXA-01	2	105 m³/h	SICFLUX	Sonora 10	127 V / 230 V 50 Hz / 60 Hz	13W
EXA-02	1	130 m³/h	SICFLUX	Sonora 11	127 V / 230 V 50 Hz / 60 Hz	17W

RENOVAÇÃO DE AR		
PVC RÍGIDO		
TUBO		
100mm	31,0	m
150mm	54,0	m
200mm	9,0	m
CURVA 90		
100mm	3	und
150mm	0	und
200mm	2	und
TÊ		
100mm	6	und
150mm	9	und
200mm	2	und
FLEXÍVEL ALUMINIZADO		
TUBO		
100mm	5,0	m
150mm	4,0	m
200mm	2,0	m

TÍTULO DO PROJETO: **REFORMA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO BELA VISTA**

TÍTULO DO DESENHO: **CONDICIONAMENTO DE AR RENOVAÇÃO DE AR**

ENDEREÇO DA OBRA: **BAIRRO BELA VISTA** LOCALIDADE: **COLATINA - ES**

ZONAMENTO: - COEF. DE APROV.: - TAXA DE OCUPAÇÃO: - DATA DO PROJETO: **MAR / 2022** ESCALA: **INDICADA** PRANCHA: **02/04**

USO DA EDIFICAÇÃO: **PÚBLICO** REVISÃO Nº: **00**

PROPRIETÁRIO: _____ CPF/CNPJ: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PROJETO: _____ NOME DO PROFISSIONAL: _____

CAU/CREA Nº: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

CADISTA: _____

QUADRO DE ÁREAS (m²): **VIDE PROJETO ARQUITETÔNICO** ASSINATURAS: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

RESPONSÁVEL TÉCNICO

ESPAÇO RESERVADO PARA APROVAÇÃO DE VISTORIA: _____ ESPAÇO RESERVADO PARA APROVAÇÃO DE PROJETO: _____

