



ESTADO DE GOIÁS  
NOME DO ÓRGÃO  
GABINETE

## A T E S T A D O

Atestamos que o(a) contador(a) **NOME DO CONTADOR**, CPF nº **XXX.XXX.XXX-XX** e CRC/GO nº **XXXXXX/O-X** possui experiência, conforme documentação anexa (documentação exigida no item 20 do Edital, para comprovação da experiência profissional), pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos, em uma das gerências de finanças, contabilidade ou outras unidades com atribuições correlatas ao serviço de contabilidade nesta Secretaria, conforme exigido no artigo 1º, inciso II, do Decreto Estadual nº 9.043, de 12 de setembro de 2017.

Goiânia, **XX** de **XXXXX** de 2017.

**XXXX XXXXX XXX**  
Secretário de Estado da **XXXXXXXX**