



ESTADO DE ALAGOAS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORURIFE
Nota de Liquidação e Autorização de Pagamento

OUTUBRO/2020

Nota de Liquidação: 1001016

Fonte: 042142100 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Recursos destinados ao enfrentamento da COVID-19

FORNECEDOR

Nome: RONALD DA SILVA FERREIRA CNPJ/CPF: 00762307404
Endereço: RUA ALFREDO GASPAR DE MENDONÇA Compl:
Bairro: JATIUCA Cidade: Coruripe UF: AL
E-mail: Telefone: () - RG:

DADOS BANCÁRIOS

Banco: Agência: Operação: Conta:

CLASSIFICAÇÃO

Unidade Orçamentária: 0551 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Função: 10 Saúde
SubFunção: 301 Atenção Básica
Programa: 0004 AVANÇA SAÚDE
Ação: 6003 BLOCO DE CUSTEIO (ATENÇÃO BÁSICA) - PAB FIXO
Natureza Despesa: 339036000000 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
SubElemento: 339036990000 Outros Serviços
Fonte: 042142100 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Recursos destinados ao enfrentamento da COVID-19
Centro Custo: 1 COVID-19

EMPENHO	EMIÇÃO	SALDO ANTERIOR	VALOR	SALDO ATUAL
1001020	01/10/2020	9.600,00	9.600,00	0,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DE PLANTÕES PARA FUNCIONÁRIOS QUE TRABALHARAM NO CENTRO DE TRIAGEM COVID-19 MÊS 09/2020.

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DE PLANTÕES PARA FUNCIONÁRIOS QUE TRABALHARAM NO CENTRO DE TRIAGEM COVID-19 MÊS 09/2020.

Documento	Valor
Doc. Diversos (RONALD DA SILVA FERREIRA/0930014 / Emissão: 01/10/2020)	9.600,00

SUBEVENTO

34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

Conta Débito	Conta Crédito	Valor
33221990000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Física	21311010000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício	9.600,00

NOVE MIL E SEISCENTOS REAIS

Total Retido:	0,00
Total Líquido:	9.600,00

Data: 01/10/2020

DECLARAÇÃO DE LIQUIDAÇÃO

Declaro que a despesa foi liquidada de acordo com os Artigos 62 e 63 da Lei 4.320/64.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Autorizo o pagamento de acordo com o Artigo 64 da Lei 4.320/64.

EVERALDO VIZIRA NETO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Mat.000003852