



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

OUTUBRO/2020

Nota de Liquidação: 1001018

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: ALESSANDRA SUANNE RAMOS DOS SANTOS CNPJ/CPF: 07839339409  
Endereço: RUA GETULIO VARGAS Compl:  
Bairro: PINDORAMA 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 |
|---------|------------|----------------|----------|-------------|
| 1001013 | 01/10/2020 | 2.400,00       | 2.400,00 | 0,00        |

HISTÓRICO DO EMPENHO

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

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

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

| Documento                                                               | Valor    |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| Doc. Diversos ( ALESSANDRA SUANNE RAMOS/0930014 / Emissão: 01/10/2020 ) | 2.400,00 |

SUBEVENTO

34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

| Conta Débito                                                     | Conta Crédito                                            | Valor    |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|
| 332219900000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Física | 213110100000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício | 2.400,00 |

DOIS MIL E QUATROCENTOS REAIS

|                |          |
|----------------|----------|
| Total Retido:  | 0,00     |
| Total Liquido: | 2.400,00 |

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 VIEIRA NETO  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Mat.000003852