



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

OUTUBRO/2020

Nota de Liquidação: 1001012

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:	ROSIMEIRE DOS SANTOS	CNPJ/CPF:	10002392410
Endereço:	RUA ANTONIO BRASIL ROCHA	Compl:	
Bairro:	ALTO DO CRUZEIRO	Cidade:	Coruripe
E-mail:		UF:	AL
		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
1001008	01/10/2020	1.680,00	1.680,00	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 (ROSIMEIRE DOS SANTOS/0930014 / Emissão: 01/10/2020)	1.680,00

SUBEVENTO
34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

Conta Débito	Conta Crédito	Valor
3322199000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Física	2131101000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício	1.680,00

UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA REAIS

Total Retido:	0,00
Total Líquido:	1.680,00

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