



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

SETEMBRO/2020

Nota de Liquidação: 0930001

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: FOLHA DE PESSOAL CNPJ/CPF: 11111111111
Endereço: PRAÇA JOSE LIMA DE CASTRO Compl:
Bairro: CENTRO Cidade: Coruripe UF: AL
E-mail: Telefone: (00)0000-0000 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: 319004000000 Contratação por Tempo Determinado
SubElemento: 319004999900 Outras Contratacoes Por Tempo Determinado
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
0928001	28/09/2020	22.097,50	22.097,50	0,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A FOLHA DE PESSOAL COVID -19 MÊS 09/2020, EQUIVALENTE A 17 FUNCIONÁRIOS.

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A FOLHA DE PESSOAL COVID -19 MÊS 09/2020, EQUIVALENTE A 17 FUNCIONÁRIOS.

Documento	Valor
Folha Pagamento (09 / 2020)	22.097,50

SUBEVENTO

5 - FOLHA DE PAGAMENTO CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

Conta Débito	Conta Crédito	Valor
31121049903000000 - Contratação Por Tempo Determinado	21111010100000000 - Salários, Remunerações e Benefícios do Exercício	22.097,50

VINTE E DOIS MIL E NOVENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS

Total Retido:	0,00
Total Liquido:	22.097,50

Data: 30/09/2020

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