



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

AGOSTO/2020

Nota de Liquidação: 0804021

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: MARIA ISABEL GOMES DE MORAIS

CNPJ/CPF: 08801171412

Endereço: R FREI LEONARDO LESSA

Compl:

Bairro: COM T WANDRELEY

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

0804004

04/08/2020

200,00

200,00

0,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DE DIÁRIAS PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CENTRO DE TRIAGEM COVID-19 DURANTE FINEIS DE SEMANA E PERÍODO NOTURNO MÊS 07/2020

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DE DIÁRIAS PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CENTRO DE TRIAGEM COVID-19 DURANTE FINEIS DE SEMANA E PERÍODO NOTURNO MÊS 07/2020

Documento

Doc. Diversos (MARIA ISABEL GOMES DE MORAIS/0804015 / Emissão 04/08/2020)

Valor

200,00

SUBEVENTO

34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

Conta Débito

332219900000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Física

Conta Crédito

213110100000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício

Valor

200,00

DUZENTOS REAIS

Total Retido:

0,00

Total Liquidado:

200,00

Data: 04/08/2020

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