



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

SETEMBRO/2020

Nota de Liquidação: 0903001

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: GISELE BATISTA DOS SANTOS  
Endereço: OLIVEIRA 136  
Bairro: CENTRO  
E-mail:

CNPJ/CPF: 07206647480  
Compl:  
Cidade: Coruripe  
UF: AL  
Telefone:  
RG: 368327735

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 |
|---------|------------|----------------|----------|-------------|
| 0903002 | 03/09/2020 | 3.000,00       | 3.000,00 | 0,00        |

HISTÓRICO DO EMPENHO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DOS PLANTÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUARAM NO COMBATE AO COVID-19 NO MÊS 08/2020.

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DOS PLANTÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUARAM NO COMBATE AO COVID-19 NO MÊS 08/2020.

| Documento                                                                | Valor    |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|
| Doc. Diversos ( GISELE BATISTA DOS SANTOS/0903005 / Emissão 03/09/2020 ) | 3.000,00 |

SUBEVENTO

34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

| Conta Débito                                                   | Conta Crédito                                          | Valor    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|
| 3322199000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Física | 2131101000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício | 3.000,00 |

TRÊS MIL REAIS

|                |          |
|----------------|----------|
| Total Retido:  | 0,00     |
| Total Liquido: | 3.000,00 |

Data: 03/09/2020

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