



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

NOVEMBRO/2020

Nota de Liquidação: 1103019

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
Endereço: R FREI LEONARDO LESSA
Bairro: COM T WANDRELEY
E-mail:

Compl:
Cidade: Coruripe
Telefone: () -

CNPJ/CPF: 08801171412

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
1103017	03/11/2020	300,00	300,00	0,00

HISTÓRICO DO EMPENHO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DE DIARIAS DOS BOMBEIROS CIVIS QUE TRABALHAM NO CTC COVID-19, CONFORME APLICAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS AO COMBATE DA PANDEMIA DO CORONAVIRUS.

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

DESPESA EMPENHADA REFERENTE AO PAGAMENTO DE DIARIAS DOS BOMBEIROS CIVIS QUE TRABALHAM NO CTC COVID-19, CONFORME APLICAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS AO COMBATE DA PANDEMIA DO CORONAVIRUS.

Documento

Doc. Diversos (MARIA ISABEL GOMES DE MORAIS/1103016 / Emissão: 03/11/2020)

Valor

300,00

SUBEVENTO

34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

Conta Débito

33221990000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Física

Conta Crédito

21311010000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício

Valor

300,00

TREZENTOS REAIS

Total Retido: 0,00
Total Liquido: 300,00

Data: 03/11/2020

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