



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

OUTUBRO/2020

Nota de Liquidação: 1001013

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: ARYANA EVANE XAVIER LESSA CNPJ/CPF: 07333502406
Endereço: RUA DAS OLIVEIRAS Compl:
Bairro: CENTRO 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
1001009	01/10/2020	1.200,00	1.200,00	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 MES 09/2020.

Documento

Doc. Diversos (ARYANNE EVANE XAVIER LESSA/0930014 / Emissão: 01/10/2020)

Valor

1.200,00

SUBEVENTO

34 - SERVIÇOS DIVERSOS - PF

Conta Débito	Conta Crédito	Valor
3322199000000000 - Outros Serviços Prestados Por Pessoa Fisica	2131101000000000 - Fornecedores Nacionais do Exercício	1.200,00

UM MIL E DUZENTOS REAIS

Total Retido:	0,00
Total Liquidado:	1.200,00

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