



PROPOSTA DE INCREMENTO PAB

Nº da Proposta**Ano**

36000304176202000

2020

CNPJ**Beneficiário**

13571334000167

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ALEGRE

Esfera Administrativa

03

Tipo de Beneficiário

FUNDO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA MUNICIPAL

Dirigente

Responsável Legal não cadastrado

CPF do Dirigente

Responsável Legal não

População**Telefone****Município**

30.702

ALEGRE

CEP

29.500-000

Endereço

DR. OLIVIO CORREA PEDROSA, CENTRO

E-mail

RECURSO DA PROPOSTA

Recurso

EMENDA PARLAMENTAR

Objeto

CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

Composição**Número****Valor**

EMENDA

92040001

200.000,00

Valor da Proposta: R\$ **200.000,00**

DADOS DO(S) PLANO(S) DE TRABALHO(S)

Unidade Beneficiada

ALEGRE

Valor

200.000,00

