



**PROPOSTA DE INCREMENTO PAB**

**Nº da Proposta**

36000304201202000

**Ano**

2020

**CNPJ**

13571334000167

**Beneficiário**

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**

30.702

**Telefone**

**Município**

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**

EMENDA

**Número**

30930006

**Valor**

100.000,00

**Valor da Proposta: R\$** 100.000,00

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

**Unidade Beneficiada**

ALEGRE

**Valor**

100.000,00

