



**PROPOSTA DE INCREMENTO PAP**

**Nº da Proposta**

36000467286202200

**Ano**

2022

**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 PRIMÁRIA

**Composição**

EMENDA

**Número**

81000312

**Valor**

150.000,00

**Valor da Proposta: R\$ 150.000,00**

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

**Unidade Beneficiada**

ALEGRE

**Valor**

150.000,00

